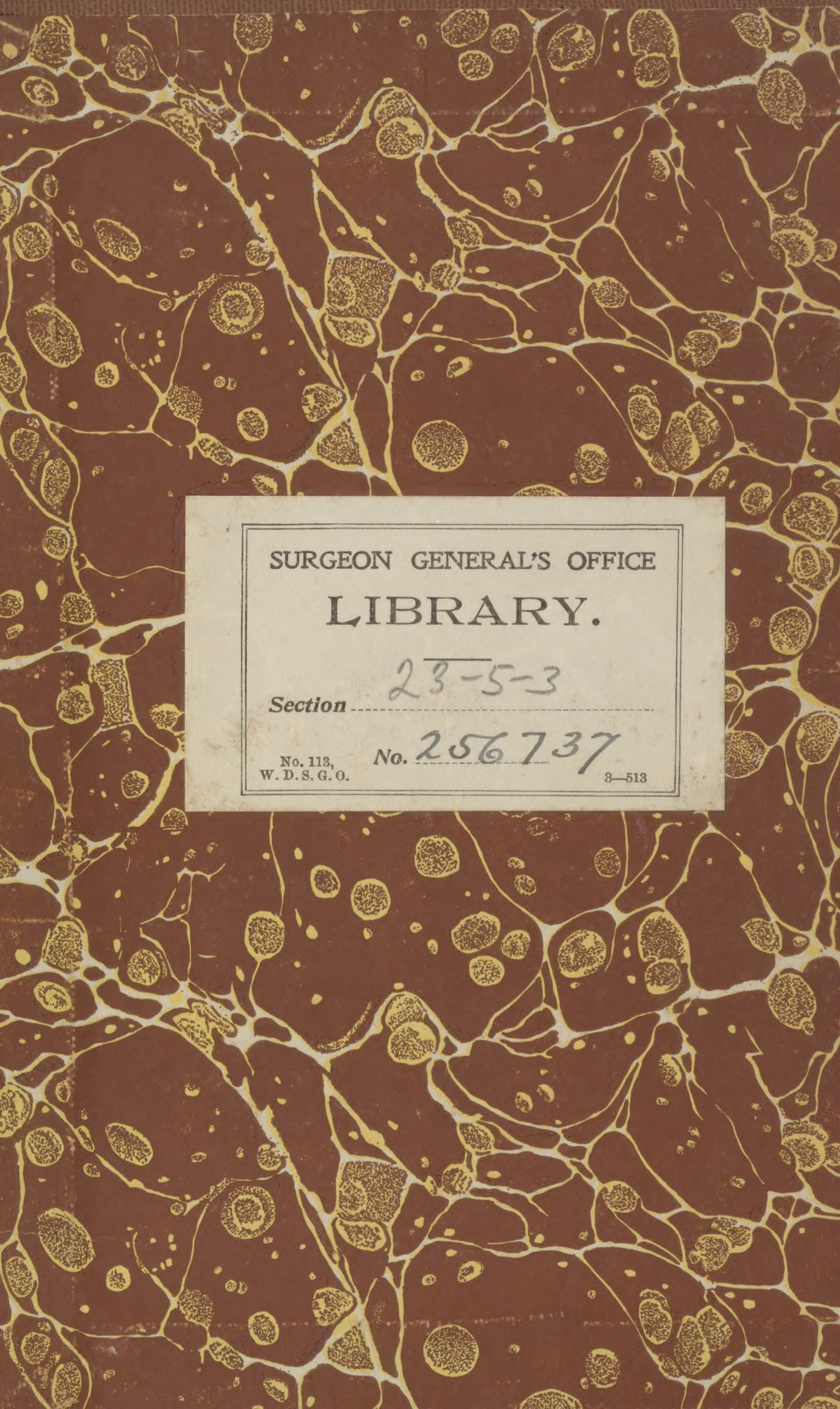
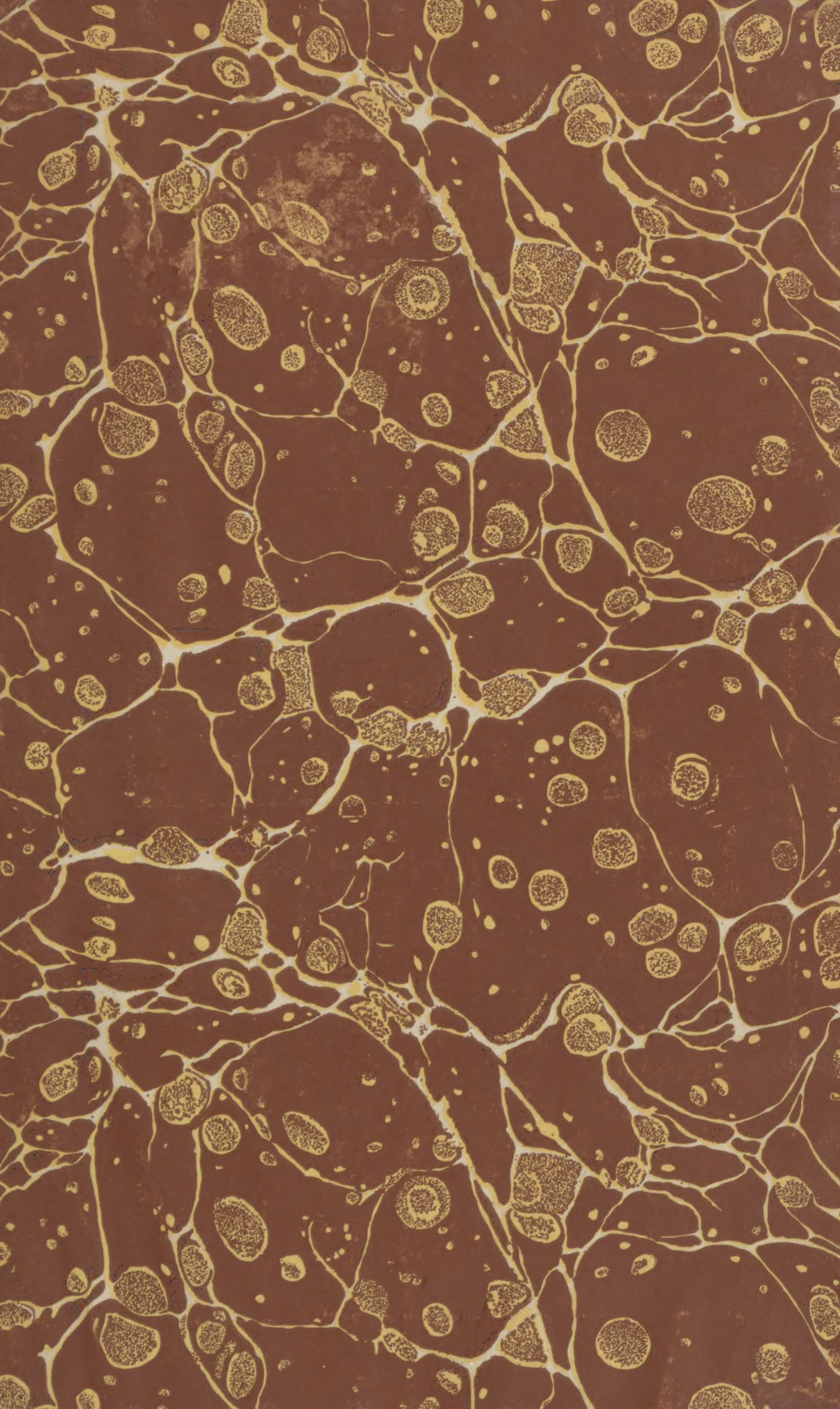

SURGEON GENERAL'S OFFICE
LIBRARY.
Section 23-5-3
No. 256737
No. 113, W. D. S. G. O.
3—513



Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

Presidente: Pedro Gutiérrez Igaravidez, M. D.,
San Juan, P. R.

Vice Presidente: Manuel de la Pila Iglesia, M. D.,
Ponce, P. R.

Tesorero: Jacinto Avilés, M. D., San Juan, P. R.

Secretario: José Belaval, M. D., San Juan.

CONSEJO

Bailey K. Ashford, M. D., San Juan, P. R.

Manuel Quevedo Báez, M. D., San Juan, P. R.

Francisco del Valle Atiles, M. D., San Juan, P. R.

Editor del Boletín: Francisco del Valle Atiles, M. D.,
San Juan, P. R.

Auxiliar Editor: Esteban García Cabrera, M. D.,
San Juan, P. R.

SUMARIO

Editorial.

Moniliasis y Fermentaciones Intestinales. Dr. Bailey K. Ashford.

Ineficacia de las Drogas en ciertas afecciones. Dr. M. Pujadas Díaz

A case of Crural Hernia of the Right Ovary. Agustín Laugier, M. D. Jacinto Avilés, M. D.

Las Clínicas del Municipal. Dr. Jorge del Toro.

La Debilidad de la Mente y su influencia en nuestro organisnmo social. Dr. Francisco del Valle Atiles.

The Relation of the Genus "Monilia" to certain fermentative conditions of the Intestinal Tract in Porto Rico. Bailey K. Ashford, M. D

NOTA OFICIAL.

La Conferencia mensual de la Asociación Médica del Distrito Norte.

Reuniones de la Asociación Médica del Distrito Norte.

NOTAS VARIAS.

El Sueño del Doctor. Dr. Víctor C. Vaughan, Ann. Arbor, Mich.

La Epidemia de Fiebre Tifoidea en Barcelona.

Diarrea Tropical (Sprue).

El Médico y la Ley Harrison sobre Narcóticos.

La Propaganda de la Reforma: Luchando contra los Curanderos.

Academia de Medicina.

Defunción.

Bibliografía.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.
ORGANO OFICIAL
PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XI. MARZO 1915. NUMERO 106

EDITORIAL

Con este número empieza nuestra edición correspondiente al año 1915, durante el cual el **Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico** se publicará trimestralmente en vez de aparecer todos los meses como hasta aquí, de acuerdo con la resolución tomada por la Asamblea última de la Asociación, que tuvo lugar en los Baños de Coamo, y obedeciendo a un principio económico; toda vez que el número de médicos asociados en nuestra Isla, aún no es bastante para satisfacer a las necesidades a que ha de subvenir una sociedad de índole puramente profesional.

Acaso la adopción del plan de Seguros iniciado este año, sirva para que, despertado el interés benéfico, se sume éste al interés cintífico, y la Asociación se robustezca con el número de socios que puede y debe tener; y esa cooperación, que hoy echamos de menos nos permita volver a la publicación mensual del Boletín.

Durante el año pasado nuestra Revista se ha esforzado en presentar ante la profesión, trabajos originales autorizados por firmas de entusiastas y competentes compañeros; y ha compilado bastante de las publicaciones médicas del extranjero y de los Estados Unidos de Norte América.

El **Boletín**, dentro de su esfera, desea tratar muchos asuntos de interés para la vida profesional, pero ha rehuído hacerlo, en ciertos casos, porque el espacio dedicado a tales materias sería en menoscabo de la extensión debida a la parte científica. En adelante además de esta razón, tendremos la de que un periódico que aparece cada tres meses, se verá obligado a tratar fuera de tiempo, las cuestiones sociales que afectan al ejercicio profesional, cuando acaso ya pertenescan a las cosas juzgadas; no obstante las abordará, cuando el caso lo exija.

Cuando escribimos estas líneas aún está en sesión la Legislatura; a ella se han llevado unos cuantos asuntos de índole técnica, en cuya discusión nos hubiera sido grato intervenir para cooperar

a la mejor resolución de ellos; ésto nos ha sido imposible y hemos tenido que conformarnos con que la Sección correspondiente de la Asociación, informe cuando ella ha sido llamada o ha podido.

Entre tanto, hemos tenido ocasión de conocer por las audiencias públicas a que ha convocado la Sección de Sanidad y Beneficencia de la Legislatura, los muchos prejuicios, errores e ignorancia, que en materia de Sanidad, de Beneficencia y de otros ramos de la Medicina, existen entre las personas agenas a la profesión médica.

Las cuestiones de Sanidad, la de los Curanderos, la de medicinas patentizadas, la estabilidad profesional y otras que nos interesan directamente, están sobre el tapete; acaso serán resueltas en otra Legislatura, y convendría que el mundo no médico, que en su discusión haya de intervenir, fuese debidamente ilustrado antes del momento en que hubieren de decidir con su voto, para que no lo emitiera con desconocimiento absoluto de la materia. Con este fin nos proponemos, y abrimos las columnas del **Boletín** a todos los compañeros que deseen cooperar a esta obra, tratar aquellas cuestiones profesionales que demandan la defensa de nuestros intereses, siempre que se nos presente la oportunidad.

Por lo demás, el periódico seguirá dando a conocer los trabajos médicos del país y de afuera, seleccionándolos en armonía con la importancia del asunto.

MONILIASIS Y FERMENTACIONES INTESTINALES

LA RELACION DEL GENERO "MONILIA" CON CIERTAS CONDICIONES FERMENTATIVAS DEL CANAL INTESTINAL EN PUERTO RICO. *

Por el **Dr. Baily K. Ashford,**
Major del Cuerpo Médico, E. U. A.

Durante los últimos seis años he tenido la oportunidad de observar más atentamente el número dilatado de síntomas indefinidos que se refieren a lo que por nosotros se ha llamado variamente neurastenia, anemia, gastritis crónica, catarro gastro intestinal, fermentaciones del canal intestinal, dispepsia fermentativa, gastro enteritis crónica tropical, "des-

* Trabajo leido ante la sesión científica de la Asociación Médica del Distrito Norte el 18 de Marzo de 1915.

composiciones del intestino", para llegar últimamente a diagnósticos tales como gastro enteritis tropical, tisis intestinal y *sprue*.

La mitad de mi experiencia personal, propia, ha tenido lugar por completo entre las personas que sufren del padecimiento que nuestros enfermos se complacen en denominar "el estómago", significando con ello, nueve veces de cada diez, el tubo intestinal. Usualmente expresan su queja diciendo que no pueden comer sin sentirse inflamados; que muy frecuentemente tienen "descomposiciones de vientre"; y palidecen y pierden fuerzas a despecho de lo que comen, procurando sobre alimentarse con la esperanza de recobrar las fuerzas. Agréguese a esto, el gran número que sufren, además, de "dolores vagos en los lomos" y en el resto del cuerpo, que se ponen fatigosos al menor esfuerzo y que son extremadamente nerviosos. Ha sido completamente imposible para mí negar el hecho evidente de que del seno de esta clase de enfermos sale la mayoría de los casos de verdadero *sprue*, así descrito con sus cuatro síntomas cardinales: lengua descamada y encendida, intestino dilatado, diarrea abundante ligeramente espumosa e hígado reducido. No me era dable desechar la sospecha de que el *sprue*, tal como lo conocemos, es ordinariamente la fase terminal del padecimiento que con tanta frecuencia hemos observado en nuestras oficinas y que hemos convenido hasta ahora en denominar "dispepsia fermentativa" o con cualquier otro término descriptivo de la enfermedad que pueda considerarse médico o científico.

La lucha que ha tenido lugar para fijar la causa de esa enfermedad tan terrible conocida todavía por su nombre holandés de "sprue", ha inducido a todos los investigadores del mundo a considerarla unas veces como una simple condición de enfermedad, otras como una verdadera entidad patológica; en unas partes, debida a un protozoario, en otras, a un hongo. En estos momentos ha alcanzado la lucha aspecto de agudeza y algunos hombres de ciencia afirman temerariamente que nadie ha podido probar que el "sprue" sea una enfermedad.

Hace algunos años había llegado yo casi a la conclusión de que el "sprue" era una enfermedad y que podía ser originada por algún parásito de ciertas frutas y entre ellas especialmente la piña. Me incliné a esta opinión porque muchos de mis enfermos en aquel tiempo, precisamente los casos más graves, procedían de distritos abundantes en aquella fruta. No pudiendo encontrar nada definitivamente en la teoría de la piña comencé a dar asenso a la teoría de que era el "sprue" una enfermedad parecida al Beri-Beri, considerada bajo el punto de vista de la intoxicación; mas, después de haber hecho cuidadosa historia de los casos más sospechosos, nos fijamos cada vez más en la teoría de levaduras. En tal estado nuestro ánimo, con sospechas de tanto relieve, recibí un día

una carta de Mr. John M. Turner, de esta ciudad, alumno de Doremus y hombre de ámplia práctica en sus juicios acerca del valor de las harinas y levaduras de las cuales decía que abrigaba la creencia de que algo extraño pasaba con las levaduras que él relacionaba de algún modo con el "sprue". Algún tiempo después hubimos de examinar la lengua de un niño de doce años de edad que sufría de una enfermedad parecida al muguet. Por el cultivo, sin embargo, el organismo no convenía con lo que habíamos leído acerca del Oidium albicans y desde entonces nos hemos dedicado constantemente al estudio de la micología aplicada al "sprue". A Chalmers y Castellani se adjudica el mérito de haber proporcionado los medios por los cuales se hace posible distinguir entre las varias especies de "Monilia", entendiendo que la "Monilia" es un cuerpo semejante a las levaduras que produce filamentos de micelio en oposición a su congénere con el cual se confundió hasta ahora, "saccharonyces", cuya reproducción se hace por acósporos.

Hasta la hora presente, desde octubre de 1914 hemos estado haciendo cultivos de cien lenguas en agar-glucosa de Sabouraud al 4.00 %, mas 2% de acidez. Consideramos este medio de cultivo tan específico para las "monilias" como lo es para el bacilo diftérico la mezcla de suero de la sangre de Loeffler.

Veintidós (22) de estos cultivos procedían de casos típicos de "sprue" completo, en que la lengua era asiento de inflamación activa, y con diarrea espumosa al tiempo del examen, resultando casos positivos por "Monilia" a la primera investigación. De estos enfermos tres han muerto. Estos datos nos dan un percentage de 100.

Cuarenta y siete (47) de ellos han sido casos que han estado bajo nuestro cuidado o con historiales presentes o pasados más o menos insinuantes de la enfermedad. Todos menos siente (7) tenían lengua normal. De los cuarenta y siete (47) casos, diez (10) dieron lugar a cultivos positivos por "Monilia", y siete (7) si aceptamos el término moniliásis como bueno, denominativo del "sprue", al tipo intestinal y tres (3) al lingual. De los siete (7) casos de inflamación lingual en el grupo, tres (3) fueron casos claramente linguales de "sprue". Los cuatro (4) casos negativos fueron los siguientes:

Un niño, de cuatro meses de edad, con estomatitis simple de breve duración.

Un niño en plena erupción dentaria, niño raquítico de diez y ocho meses de edad con entero-colitis grave.

Un viejo con disentería crónica.

Un joven, padre de uno de los tres casos de "sprue" lingual, positivo por "Monilia", comprendido entre la serie de los cuarenta y siete (47).

Un nuevo examen de este joven pudo, acaso, revelar la existencia de la "Monilia", por contagio de su niño.

El percentage de los casos positivos de moniliasis lingual fué de 21 en este grupo.

Fueron examinadas treinta y una (31) personas que no padecían de "sprue". Veinte y seis (26) no eran sospechosos de la enfermedad, ahora ni antes, y tenían lengua normal. Solamente uno de esta clase resultó posisivo por "Monilia". Este caso fué el de un hombre pálido que no acusó al principio en su historia nada referente a trastornos de fermentación del intestino, pero que más tarde refirió una historia bien sospechosa de "sprue" de forma intestinal. Su esposa era un caso de "sprue" completo y perteneciente al primer grupo.

De los cuarenta y siete (47) casos sospechosos de "sprue" fueron examinadas las heces de tres negativos y las tres resultaron positivas. Las restantes treinta y tres (33) están aun pendientes de investigación bajo aquel aspecto. Tres de los 47 casos sospechosos de "sprue" intestinal resultaron positivos por cultivo de las heces.

En total, las heces de 10 casos de la serie de 100 y uno más fueron de la serie sembradas en placas de Petri y de ellos solamente las tres antes mencionadas y una perteneciente a una serie ya positiva, por lesión lingual, resultaron positivas. Tres de los casos restantes eran casos de pelagra; lo otros tres procedían de personas en estado de salud y los seis casos eran negativos.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO:

El tratamiento consiste generalmente en la administración de alimentos en los cuales no florece la "Monilia" y que no son susceptibles de fermentación.

1.—Dieta lactea extricta, dando 8 onzas cada dos horas, nueve veces al día, durante cuatro días y aumentando, en adelante, a razón de una onza por dósis cada cuatro días, hasta que se hayan tomado 13 onzas cada dos horas, por espacio de una semana. La leche deberá tomarse fría por medio de una paja, y despacio, debiendo agregar a cada dósis alimenticia medio tubo de cultivo líquido de la variedad bulgárica del bacilo de ácido láctico. Cuando se ha llegado a la dósis de 13 onzas de leche deberá agregarse un guineo diario y uno más cada cuatro días por cada onza de leche que se disminuya a la alimentación. Asimismo cuando el enfermo toma 10 onzas de leche cada dos horas y tres guineos diarios podrá modificarse la dieta alimenticia permitiendo gradualmente huevos, frutas y vegetales, frescos de tipo bajo de hydro-carburos.

2.—Una dieta de carne extricta dando dos libras de carne picada y asada por día dividida en seis dósis con tres horas de intervalo. Pocos son los que pueden sostener esta dieta más de una semana; pero casi sin excepción, detiene la diarrea.

Pasada esta semana se agregan vegetales, frutas y huevos como decimos antes y se reduce la carne.

3.—Una dieta simple de fruta en la cual los guineos forman la base principal.

De esta serie de sesenta y nueve (69 casos de "sprue" y trastornos fermentativos del intestino o de simple estomatitis:

12, alcanzaron curación;

32, mejoraron notablemente en términos generales;

19, no se han modificado suficientemente todavía para hacer ninguna clase de deducciones;

2, han empeorado; y

4, han fallecido.

El organismo es una "Monilia" típica. Sus caracteres biológicos son así: fermenta la glucosa, levulosa y maltosa, determinando reacción ácida en las tres y en la sacarosa y galactosa; no licúa la gelatina ni el suero; no coagula ni acidifica la leche, pues por el contrario la hace alcalina; todos los demás medios de cultivo pierden en acidez rápidamente.

Cinco gotas de su cultivo puro se inyectaron en los músculos de la lengua de una liebre belga de gran tamaño, causando su muerte a las 75 horas de la inyección con enorme producción de gases intestinales y diarrea aunque sin lesión de la lengua, pudiendo recobrarse el organismo idéntico directamente de casi todos los órganos de su cuerpo, en cultivo puro, pocas horas después de su muerte.

El mismo organismo, que dicho sea de paso, hubo de aislarse de la lengua de uno de nuestros más queridos oficiales del Gobierno Americano en Puerto Rico y el cual no mucho tiempo después causó su muerte, fué alimentado en cultivo puro en un conejillo de 1,000 gramos, causando su muerte, según sospechamos, tres semanas después. Cultivos de los órganos del cuerpo con excepción de la lengua y el estómago, han sido, sin embargo, poco satisfactorios y el grabado histo-patológico de sus intestinos y estómago no se ha hecho todavía por falta de tiempo. El animal sufrió también de gases y diarrea. Caldo infectado con dicho organismo fué administrado durante algún tiempo, a un mono, mezclándolo con leche malteada. Este mono vive aún; pero aunque la alimentación experimental se ha suspendido hará cosa de tres semanas y el animal se alimenta suficientemente, declina rápidamente en su salud poniéndose delgado y en-

fermo con frecuentes diarreas. Aún no puede pronunciarse la última palabra en esta observación.

En resúmen, la experimentación animal parece conducirnos en términos generales al hecho de que estamos tratando con un elemento patógeno de virulencia baja y que no podemos esperar que obtengamos muerte repentina sensacional determinada por "sprue" agudo por alimentación experimental, si hemos de satisfacer al mundo científico en la certeza dé que la "Monilia" haya sido factor determinante de la muerte de cualquier animal alimentado con sus cultivos.

Lo que queremos traer particularmente a la consideración de ustedes esta noche, es la sorprendente evidencia ofrecida por el examen de lo que es ya un considerable número de lenguas en casos de "sprue" positivo y en otros negativo.

Exigen algún comentario en este documento las conclusiones de Bahr acerca de que la "Monilia" albicans es la causa del "sprue" en Ceilán. Estáis familiarizados ya con las razones en pró y en contra para considerar el "sprue" como una moniliasis intestinal y sus resultancias. Las conclusiones expuestas son resultado de un estudio intenso del "sprue" en Ceilán, llevado a cabo durante dos años por un grupo muy distinguido de investigadores ingleses y no pueden ser cirticados a la ligera ni tampoco nos sentimos autorizados para discutir sus datos; mas el trabajo efectuado aquí, en este laboratorio, demuestra que la "Monilia" de "sprue" NO ES "Monilia" albicans, sino un organismo que no ha sido descrito hasta ahora.

Por lo demás, las razones que expone para considerar el "sprue" como una moniliasis del tubo intestinal están reforzadas notablemente por el trabajo hecho aquí. Dice Bahr que ha encontrado "Monilia" en 57% de lenguas de sprue y en 17% de lenguas normales. Nosotros las hemos encontrado en 100% de lenguas en casos de sprue y en 3% de lenguas normales. Si os cuidáis de agregar los siete casos nuestros de sprue intestinal, con lengua normal, el percentage se elevará a 11; pero esto no sería razonable porque ello negaría que los 7 casos fueron de sprue intestinal.

No hemos encontrado todavía la "Monilia" albicans en Puerto Rico ni tampoco parece que haya habido nadie que haya descrito nuestra especie en los climas templados. De aquí que la crítica principal que establece Low de la labor de Bahr, la que prácticamente juzga como un fracaso para probar que sea a causa del sprue, ciertamente que no está comprobada en Puerto Rico. Este distinguido investigador niega que una "Monilia" vulgar que no causa sprue en Inglaterra, pueda determinar sprue en Ceilán. Bahr contestó muy bien la objeción haciendo notar que

la influencia regional puede afectar profundamente a organismos idénticos y convertir parásitos patógenos de escasa virulencia en sumamente peligrosos. En cuanto a la objeción de Low referente a que la distribución geográfica del sprue está en su favor y en el de la teoría protozoaria de Castellani, hemos de decir que no conocemos de modo completo la distribución del sprue ni aún clínicamente en razón a que se ha escrito muy poco sobre ello y a que el diagnóstico es frecuentemente muy difícil.

¿No podrían algunos casos de Pelagra de nuestros Estados del Sur ser en realidad casos de sprue? Sería interesante el estudiar algunos de los casos considerados de Pelagra, en los que no se observan las lesiones cutáneas en relación con la presencia de las monilias. Mi propia experiencia de ciertos casos que he visto clínicamente en Mississipí, parecen prometer un gran campo a la investigación.

Aunque no escapa a unestro aviso que haya de pasar algún tiempo—quizás muchos años—antes de que la suma total de pruebas circunstanciales señale a la "Monilia" como causa generadora del sprue, queremos consignar nuestra creencia de que la enfermedad es una moniliasis del tubo digestivo y que a Puerto Rico se debe el conocimiento, por lo menos en cuanto a lo que hemos llegado ya, de las especies descritas por nosotros recientemente en el curso de la labor emprendida en el Instituto de Medicina Tropical e Higiene.

Hemos encontrado otras "Monilias" en las heces que tenemos todavía en estudio; mas el examen de la lengua parece indicar con mucho fundamento que son casos de sprue lingual determinados por la "Monilia" que acabamos de describir; y del sprue lingual, al sprue intestinal hay solamente la diferencia que se refiere a extensión. Se nos hace difícil explicar cómo un protozoario pueda ser afectado por el tratamiento que se ha considerado *sine qua non* para la cura del sprue, es decir, la privación de aquellas sustancias alimenticias que en nuestros cultivos de "Monilia" se ha demostrado que favorecen su crecimiento y determinan fermentación y acidez. En la práctica, aparte de la presencia constante de nuestra "Monilia" en el sprue lingual y de su poca frecuencia en las lenguas no inflamadas, para nosotros la prueba terapéutica más concluyente es que cualquiera puede atender con éxito, casi sin excepción, un caso de sprue estableciendo una dieta apropiada de leche, carne o frutas frescas o una combinación de ellas, y hacer desaparecer la distensión gaseosa de los intestinos, la diarrea, y, si se quiere, la caquexia sin ningún otro tratamiento. ¿No es sino una pura coincidencia que la prohibición de los hidrocarbonados sea bastante para determinar trastornos momentáneos por lo menos y generalmente una cura transitoria del sprue que quizás pueda convertirse en permanente? El mismo hecho de que algunos casos se curen

permanentemente, sólo con esta clase de dieta, sin ninguna otra clase de medicación, nos hace extremadamente sospechosa la afirmación enérgica de Chalmers y Castellani de que el sprue no sea una "micosis" sino probablemente una enfermedad protozoaria.

En conclusión, deseamos llamar la atención hacia el hecho que nos ocupa ahora en el estudio de cultivos de excretas de personas afectas de fermentaciones del canal intestinal en Puerto Rico y de que encontramos con gran regularidad "Monilias" que parecen corresponder en los pocos medios de cultura en que las hemos sembrado con aquellos que encontramos en el sprue verdadero sin olvidar que es más que posible que en este género peligroso de "Monilias" deba haber más de uno patógeno para el canal intestinal.

Debemos tener siempre presente que los signos clínicos y síntomas del sprue dependen en mucho de la porción afectada del tubo intestinal. Así la lengua de sprue en algunos casos es llamada aquí generalmente "sapito". Es muy común entre los niños y a menudo es seguida por un cuadro que imposibilita descartar la denominación de sprue; pero muchos de estos casos mejoran prontamente y una sonrisa de incredulidad es la única recompensa a la sugestión de que semejantes casos de muguet, frecuentemente de larga duración, aunque limitados extrictamente a la lengua, sean realmente casos de sprue local. Asisto a un pequeñito enfermo, que por espacio de seis meses sufrió de sprue de la lengua, solamente, positivo de "Monilia" y rebelde por completo a todos los tratamientos hasta ahora empleados; pero que algunos meses antes de que aparecieran los síntomas linguales había sufrido tres meses de diarrea blanca espumosa y abundante sin síntomas bucales. Tengo otro caso de poco tiempo que cayó enfermo repentinamente, con 40 grados de fiebre, por infección malárica, con lengua muy roja y descamada, positivo por nuestra "Monilia". Era un profesor joven y nos dió la historia de trastornos gaseosos del intestino, concurrentes con deposiciones espumosas. No acompañaba, sin embargo, fenómenos diarréicos a su sprue de la lengua. La oscilación del sprue simple de la lengua al sprue intestinal y viceversa es típico del sprue.

Si es que existe más de una "Monilia" que sea causa del sprue o que no se presente a la observación, es asunto de vital importancia y deberá hacerse toda clase de esfuerzos para auxiliar al Instituto de Medicina Tropical en la investigación de todos los casos en que el diagnóstico de sprue se haga o deba hacerse para determinar la presencia o ausencia de la "Monilia".

No podemos dar por terminado este documento sin solicitar un esfuerzo sistemático para examinar el pan en la Isla descubriendo la pre-

sencia de la "Monilia". Hemos encontrado "Monilias" vivas en el centro de un pan cocido, (mal cocido desde luego). Cuanto a este hecho agregamos el otro de que el Instituto ha examinado 10,140 campesinos de las montañas de Puerto Rico durante el último año, buscando la evidencia clínica del sprue y sólo pudimos obtener 19 casos, algunos de los cuales eran dudosos, mientras que aquí, en la ciudad de San Juan, hemos visto más de 300 casos en los seis años que residimos aquí y sabemos que todos vosotros habéis tenido muchos; cuando pensamos en que las gentes del campo en Puerto Rico, las que viven en la montaña o en los barrios distantes—aquéllas que constituyen nuestras clínicas en las montañas—rara vez comen pan y que de 19 casos 11 procedían de la población de Utuado, hay razón bastante para temer infecciones del pan por "monilia", sino para temer, al menos para investigarlas, porque es asunto que alcanza actualmente importancia grande para la vida y salud de muchas gentes que quieren y pueden gastar dinero en conservar buena salud.

INEFICACIA DE LAS DROGAS EN CIERTAS AFECCIONES

Por el **Dr. Manuel Pujadas Díaz.**
Mayagüez, P. R.

Sabemos bien que las drogas ocupan su correspondiente lugar en el tratamiento de las enfermedades, pero es cierto que no siempre podamos conseguir de ellas todo cuanto deseamos. Con mucha frecuencia, infinidad de afecciones alcanzan mejor su fin curativo sin su uso. Hay la tendencia a creer que debe haber una droga para cada paciente que nos consulta, y he ahí que el deber de los médicos que así piensan, termine casi siempre con dar una fórmula; y tarea concluída. Semejante creencia induce por lo general a perder la confianza en las drogas, al notarse su fracaso en ciertas afecciones para ellas no indicadas.

La siguiente información y experiencia ilustra los referidos hechos:

''Hace algunos meses leí la historia de un caso obstinado de dismenorrea y menorragia; la paciente había tomado un buen número de medicinas bajo las órdenes de varios médicos; pero solamente había logrado un alivio temporal. Un nuevo médico se hizo cargo del caso y lo primero que recomendó fué un examen vaginal. La paciente, no impuesta a tal plan de examen, primeramente rehusó, habiendo luego consentido, aunque a duras penas. El examen

vaginal se llevó a efecto encontrándose el útero en un estado de prolapso y de retroversión y tan abajo en la pelvis que obstruía la circulación intrauterina. Corrigiósele la mala posición, una vez colocada en la posición genu pectoral. Dos o tres años más tarde ella misma declaró que no había tomado más medicinas, se había curado de todas sus molestias, y había perdido su nerviosidad y ganado un buen peso.

Es bien sabido que muchos casos de afecciones de la pelvis se alivian por medio de ejercicios diarios, tales como el barrer el piso No debe usarse el corsé, ni correas o bandas en la cintura mientras se hace el ejercicio. El acto de llevar un balde de agua sobre las caderas tiene exactamente un rsultado contrario, puesto que al llevar tal peso, los músculos abdominales se ajustan, acumulando los órganos del abdomen en la pelvis.

El siguiente, un caso del que suscribe, hace referencia a un paciente que se quejaba de un obstinado dolor reumático en el lado derecho de la región lumbar. Ningún tratamiento había sido satisfactorio. No tenía historia de haber hecho trabajos pesados, pues estubo ocupado siempre en su oficina. Al visitarlo, mientras ocupaba su escritorio, pude notar que se sentaba en una silla que estaba al frente de la ventana y de tal modo situada, que al colocarse y hablar con sus visitantes, el lado afectado quedaba de lleno expuesto a una corriente de aire. Con solo evitar la acción de esta corriente de aire, el dolor reumático desapareció.

Entre nuestras afeccions más comunes están las de la digestión.

Acedias que pueden aliviarse por medio de un alcalino, y el desarrollo de gases que pueden desalojarse mediante la aplicación de carminativos calientes, todo ello ofreciendo sólo un alivio temporal. También la digestión puede ayudarse por medio de diastasa o posiblemente con pepsina, pero puede asegurarse que el caso no se cura radicalmente con pepsina. Probablemente la causa del mal está en la clase de alimento mal usado. Bien sabemos que los alimentos sacarinos deben de ser perfectamente masticados, no con el fin absoluto de tributarlos bien sino para que se mezclen enteramente con la saliva. En cada diez casos de dispepsia que presentan los adultos, en nueve, ésta es amilácea. Leí un caso diagnosticado de apendicitis crónica, que se probó no ser otra cosa que el resultado de una dispepsia amilácea causada por la indigestión de galletas y leche. Las galletas, feculentas, siendo empapadas en la leche, no eran masticadas propiamente, de modo que había poca saliva en el

estómago para digerirlas como era debido. Eliminándose semejante combinación de la dieta, la dispepsia desapareció.

Hay relativamente poco residuo en muchos de nuestros artículos de alimentación y es sabido que el estómago exige cierto volumen de alimentos. La constipación puede ser causada por una deficiencia de volumen de residuos en los intestinos de modo que el efecto completo de las paristalsis no se obtiene. Por este motivo es que tales sustancias como las habichuelas, son excelentes para la dieta. Uno de los peores alimentos, desde el punto de vista que consideramos el asunto es la papa molida, pues siendo tan blanda se come sin la masticación debida y por consiguiente sin apenas mezclarse con la saliva. Prácticamente no hay digestión de ella en el estómago y este resultado sería más significativo si los granos de la harina estuvieran protegidos por una cubierta de leche, crema, mantequilla o salsas.

La papa en el estómago sin ser mezclada con la saliva hace las veces de fermento u otro germen fermentativo. En lugar de digerirse la harina se convierte en ácido y en gas. El ácido irrita las membranas, y orgina una inflamación. La condición anormal se extiende hacia el canal alimenticio, y los venenos absorvidos intervienen con la eliminación normal del cuerpo. Decimos, pues, que el paciente tiene dolores reumáticos, neurálgicos, la gota, etc., y la verdad en efecto, es que no ha habido sentido común bastante para comer una papa debidamente.

A CASE OF CRURAL HERNIA OF THE RIGHT OVARY

by

Jacinto Avilés, M. D., F. A. C. S.

Attending surgeon Municipal Hospital, San Juan, P. R.

and

Augstín R. Laugier, M. D.

Intern to the Municipal Hospital, San Juan, P. R.

We wish to report this case of hernia, because this pathological condition of the ovary, is not so frequently found, as we observe other adnexal diseases of the female organ of generation.

Andrews gives the following recorded cases of hernia of the female genital adnexa:

Hernia of the tube without ovary..... 46 cases

Ovary and tube .... 180 cases
Ovary without tube .... 167 cases

Barr reports a case in a girl 12 years of age, who had been affected with a hernia for some years and had worn a truss. At operation, the sac was found to contain the right ovary and tube but not bowel or omentum.

The ovary and tube were replaced in the pelvic cavity.

After a reference to Heineck's compilations of 80 cases of tubo-ovarian hernia, including all those found in English and foreign literature, the fact is noted that 35 of these cases occurred in infants under one year of age; all were inguinal, mostly irreducible and more or less strangulated.

The case of a colored infant 6 months old is reported. The mother could not reduce a previously readily reducible hernia which had been present since birth and which had descended after a coughing spell.

The child was operated by the usual inguinal incision and a black congested mass surrounded by a bloody fluid was found in the sac which pathological report confirmed as a gangrenous ovary and tube. Recovery was uneventful and the case confirmed the excellent prognosis obtaining in tubo ovarian hernia as contrasted with intestinal strangulation.

From what we know, hernia of the ovary is usually congenital, and is often associated with other malformations.

In some cases, they are caused by anomalies in development corresponding to descent of the testes in the males. Hernia containing the ovary are occasionally found in old women with relaxed abdominal muscles.

In acquired hernia we recognize anatomic causes and immediate exciting causes.

The case we present here was an acquired hernia caused in our opinion, by a relaxed abdominal wall.

Patient 24 years of age, married, entered the Municipal Hospital about October of last year, affected with a swelling in the right inguinal region inferior and parallel to Poupart ligament. On physical examination, we could feel a mass about the size of a walnut in the region of the swollen area, the skin being movable upon the mass. On pressure, there was very painful sensation. We could not get any anomaly of the adnexa by manual examination.

The personal history did not reveal the suspicion of any specific

disease, although Wasserman's test was positive. She had a premature labor of seven months' pregnancy After this premature labor, she had a leucorrheal discharge and occasionally some uterine hemorrhage. She refered the swelling as diminishing in size after the menses, but for the last five months she did not notice any variation in the volume of the mass.

DIAGNOSIS.

We could not make a definite diagnosis in this case until operation, as swelling in the inguinal and crural regions may account for several pathological conditions and with similar symptonms; more so here in this tropical country where we have cases of **Filaria Nocturna** in the lymphatics which present a swelling mass along Poupart ligament and which dimiaishes in size when the patient affected with the disease, is in the recumbent position.

Epiplocele is very often confounded with lymphatic swelling in the tropical countries where the **filarial nocturna** prevails.

The essentil points in diagnosis of hernia of the ovary—pain in the coccyx, dysmenorrha and change in volume of the swelling during the menstrual period—were obscure in this case.

Operation was performed October 17th by making an incision parallel to Poupart ligament along the line of the swelling. After disectingt the superficial an cribriform fascia we can easily recognize a crural hernia believing to found within the sac, some omentum-omentocele hernia.

We incised the sac and contrary to our belief, found a mass wich on examination resulted to be the right ovary with some adherent structures surrounding it. Both, ovary and adherent structures were removed on account of degeneration.

The sac was ligated and the operation was completed by following the usual technic for crural herniotomy.

Recovery in this patient was uneventfully and two weeks after this operation, the woman was curettage for a cronic endometritis leaving the Hospital well.

LAS CLINICAS DEL MUNICIPAL.

Por el **Dr. Jorge del Toro.**

El Uso del Utero en la Reparación de la Fístula Vesico - Vaginal.

G. S., hembra, de 29 años de edad, casada, color blanco. No. 496.

No conoció a sus padres, pues ambos fallecieron siendo ella

muy pequeña. Fué sana cuando joven. Empezó a menstruar a los diez y seis años. Padeció de sarampión. Nunca ha estado enferma de gravedad. Ha tenido seis hijos todos normales.

El día 18 de Octubre de 1913 tuvo su último parto que fué muy laborioso y hubo de sufrir la aplicación de forceps dado que el alumbramiento tardaba mucho y el feto era demasiado grande. Le fué extraído un feto hembra que falleció a los pocos minutos. Sufrió desgarraduras en la intervención. Después de la operación estuvo grave, padeciendo de fiebres altas por unos días. Dice que durante el parto empezó a sentir adormecimiento en los dedos del pié derecho, en el cual se formaron unas coloraciones negruzcas sobre el dorso que parecían como contusiones. Ha venido sintiendo sensación de hormigueo por toda la pierna. Existe hoy atrofia de toda la extremidad y anquilosis fibrosa de la articulación del tobillo. Se queja de que constantemente sale la orina sin poder hacer ningún esfuerzo para retenerla.

Diagnóstico: Fístula vesico vaginal extensa. Dislaceración perineal leve. Anquilosis del tobillo derecho.

Tratamiento. Operada por el Dr. Jacinto Avilés en las siguientes fechas: Enero 6, Febrero 5, Febrero 26 de 1914. Operada por el Dr. Jorge del Toro en Junio 11, 1914. Disección de la vagina y del cuello del útero. Intento de sutura por el método de Doyen. Operada de nuevo el 15 de Septiembre de 1914. Por sexta vez operada el 15 de Diciembre d 1914.

Todas las operaciones hechas hasta la del mes de Diciembre han fracasado, aún cuando han sido hechas con el mayor cuidado y observando los principios de técnica operatoria de estos casos. El Dr. Avilés (quien atendía a la paciente mientras el Dr. Toro estaba fuera de la Isla), en una de sus operaciones intentó cerrar la fístula usando de un colgajo vaginal de extenso tamaño.

Durante éste largo tiempo de padecimiento, la enferma ha notado que aun cuando el resultado de las operaciones iba bien, al llegar el flujo menstrual la fístula volvía a abrirse. El cuello del útero está tan cerca de la fístula, que el flujo debe caer directamente sobre ella. Durante su enfermedad ha padecido de varios ataques de cistitis.

En esta fecha, Diciembre de 1914, la fístula es de gran tamaño; llega desde la parte anterior del cuello uterino casi hasta el orificio vesical de la uretra: tiene como una pulgada y cuarto de ancho, y el orificio del ureter derecho es visible a través de la fístula. Dado el tamaño y la duración de la fístula, la capacidad vesical es nula.

No queriendo aun recurrir a los métodos extremos de colpoclisis, inserción de los uréteres en el intestino etc., estuve ideando un nuevo plan. No había que contar con más disecciones, pues el tamaño de la vejiga no lo permitía y todos los tejidos vaginales no eran más que cicatrices. Además, el Dr. Avilés había hecho extensas disecciones en la vagina y yo había disecado ya la base de la vejiga de la vagina y el espacio entre la vejiga y el cuello uterino. En primer lugar debíamos suprimir las menstruaciones, y luego buscar un método nuevo de reparar la vegiga y la vagina.

Operación: 1. Laparotomía. (a) Practico la salpingo-ovariectomía doble por el método corriente. (b) Disección completa de la vejiga de su parte adherida al útero, comenzando por una incisión del peritoneo, justamente en el redoble del fondo del saco anterior, extendiendo esta incisión desde un ligamento ancho hasta el opuesto. La disección sigue hasta localizar por arriba los bordes cicatriciales de la fístula y hasta observar el paso de los uréteres a ambos lados del cuello uterino Hecho lo anterior, dos suturas de tendón de cangarú se colocan transversalmente en el fondo del útero, las cuales han de usarse luego para suturar el fondo del útero por debajo de la vejiga como se hace en la operación de Watkin-Whertheim. Guiando el útero hacia una anteroflección exagerada, se le coloca dentro del espacio de disección, o sea el que ha quedado mediante la separación de la vejiga de todos los tejidos cinrcunvecinos. El borde peritoneal correspondiente a la vejiga se sutura cuidadosamente por medio de puntos interrumpidos de cat-gut simple No. 1 a la cara posterior del útero al nivel del canal cervical interno y a la cara posterior del ligamento ancho en ambos lados. Hecho lo anterior se sutura la herida abdominal sin drenaje.

2. Operación vaginal. Hasta donde sea posible se hace la disección de la fístula, (sus bordes) y luego se penetra en el espacio vésico uterino que ya se ha preparado por la vía abdominal, en el cual se encuentra el útero antero-vertido y separado ya de la cavidad peritoneal. La fístula en su porción vesical no se sutura, solamente se interpone bajo de ella la cara posterior del útero. El fondo del útero se sutura entre la vejiga y la vagina en la parte anterior e inferior de la vagina y debajo de la parte anterior de la vejiga, cerca del orificio uretro vesical, mediante los hilos de tendón ya insertados de antemano. Los extremos opuestos de la sutura, pasando a través del tejido vaginal y siendo suturados por encima (exteriormente) de la vagina. Como en este caso se hacía imposible el obtener ningún colgajo vaginal suficiente para cubrir

el útero, y suturando los bordes vaginales de la fístula, la sutura había de quedar demasiado tensa, los bordes de la fístula se suturan sobre la cara anterior del útero con cat-gut crómico No. 2.

Al hacer el lavado de prueba, la vejiga retiene la solución, aunque su capacidad está enormemente disminuída. Se deja un cáteter de goma permanente.

En la operación, el útero ha sido usado para reemplazar dos estructuras, la base de la vejiga y la pared anterior de la vagina. Su cara posterior (hacia delante después de la operación) se convierte en vejiga, y su cara anterior, (hacia detrás después de la operación) se convierte en vagina. La superficie uterina que queda expuesta a la cavidad vaginal tiene la forma de una elipse de un tamaño poco más o menos de una pulgada y media, verticalmente, y de una pulgada de lado a lado.

La enferma iba haciendo una magnífica convalescencia y el cáteter funcionaba perfectamente, pero un descuido de no ver a tiempo una obstrucción del catéter hizo que la vejiga se llenara demasiado y rompiera una pequeña fístula por debajo del fondo del útero en el borde más saliente (anterior bajo) de las suturas. Por suerte la fístula fué muy pequeña y curó mediante unos puntos de sutura tomados bajo anestesia local.

La parte del útero que vino a tomar las funciones de vagina ha modificado tanto su apariencia, que no puede casi distinguirse del resto de la mucosa vaginal.

No hay señales de cistitis; la vejiga funciona normalmente. Solamente molesta a la paciente el estar obligada a vaciar la vejiga con frecuencia, lo cual puede atribuirse al tamaño pequeño de la vejiga y a su falta de elasticidad producida por las repetidas operaciones, la falta de función y los repetidos ataques inflamatorios.

La técnica operatoria de la antero-flexión forzada del útero, para con él soportar la vejiga, no es nueva; no es otra que la practicada en la operación de Watkin-Whertheim, pero el procedimiento de usar la técnica ideada para la operación antedicha en la reparación de fístulas vesico-vaginales, no tengo conocimiento que se haya usado hasta ahora. El resultado de este caso no puede ser más halagador, pues demuestra la factibilidad de la técnica y la prontitud con que el útero (o su cubierta peritoneal) se adapta a las funciones nuevas . Demuestra este caso que hay un medio aun de tratar las llamadas fístulas inoperables y de evitar la práctica de intervenciones extremas repugnantes al cirujano.

Un caso aislado no es para hacer tal vez permanente una técnica

operatoria, pero si este caso en las condiciones que se encontraba ha podido curar mediante esta operación, no veo razón por la cual no haya de poder dar resultado en otros casos.

Para terminar, deseo dar algunas conclusiones personales acerca de mi experiencia en el tratamiento de la fístula vesico-vaginal.

1o. La reparación de la fístula vesico-vaginal requiere siempre una buena técnica operatoria y aun "mejor" tratamiento post-operatorio.

2o. La operación de Doyen es a mi ver la mejor, y la que debe practicarse siempre que sea factible.

3o. Los resultados operatorios no son siempre buenos, y todo cirujano que haya operado en muchos casos, ha tenido siempre sus fracasos; lo cual no acontece a veces a aquel que sólo ha operado tres o cuatro casos y todos le han salido bien.

4o. La técnica que he llevado a cabo en este caso no es para ser recomendada cuando pueda obliterarse la fístula por otros medios más sencillos, y además, la creo peligrosa en manos de cirujanos de poca experiencia.

LA DEBILIDAD DE LA MENTE Y SU INFLUENCIA EN NUESTRO ORGANISMO SOCIAL.

Por el **Dr. F. del Valle Atiles.**

CONFERENCIA LEIDA EN LA BIBLIOTECA INSULAR.

Señoras y señores:

Traigo hoy ante vuestra consideración un asunto del cual puede decirse sin hipérbole, que envuelve la cuestión más vital de cuantas pueden afectar a un pueblo. El incremento que ha tomado el estudio de la Biología; el conocimiento adquirido acerca de la influencia que ejercen en las cualidades físicas y morales del organismo ciertas glándulas, antes consideradas como inútiles; lo que la observación diaria viene dando a conocer acerca de órganos, como los dientes, de los que no podía sospecharse que su defectuosa implancion fuese causa modificadora en el psiquismo de una persona; todo esto, y la aplicación de las leyes que rigen al mundo inorgánico y los organismos de menor complejidad, para interpretar los fenómenos de la vida humana, nos van llevando por un camino de luz, y mantienen viva la esperanza de que un día podremos librarnos de una gran parte de la infelicidad que reina en el mundo.

Esta ha sido la base para el avance hecho en el estudio de la Patología Social; una vez precisada la relación que existe entre la mente individual y ciertos estados morbosos sociales, nos ha sido dado sacar consecuencias prácticas para beneficio de la vida humana individual y colectiva. La dependencia en que están las manifestacioes de la mente, respecto del sistema nervioso, le asigna a éste preponderancia en la producción de aquellas. Sin nervios trasmisores de las sensaciones recibidas por los sentidos y llevadas hasta el cerebro, éste, por perfecto que fuera, sería un órgano inútil; y de un modo inverso, si el cerebro no está en condiciones normales, por muy ajustada que fuera la función de los nervios trasmisores, los estímulos llevados al centro de la mentalidad quedarían inefectivos, o la reacción sería errónea. La integridad del sistema nervioso es indispensable a la integridad de los fenómenos de la mente, puesto que "todas las manifestaciones psíquicas están ligadas a la existencia y a la actividad de la sustancia nerviosa del cerebro", como dice Le Beaunis. El cerebro llega, por lo común, a su máximum de desarrollo hacia los quince años, aunque probablemente continúa desarrollándose hasta los treinta; la plasticidad del cerebro va disminuyendo con la edad después de haber alcanzado su máximum, la capacidad para adquirir nuevas ideas va menguando de igual modo; si bien esta regla general tiene, como todas, sus excepciones; ya que ciertos cerebros, el del hombre de genio, por ejemplo, parece que puede conservar su poder intelectual más allá de los límites generales. Lo que acabamos de exponer se refiere al cerebro normal; en esta condición el órgano del pensamiento se va desarrollando en armonía con el resto de los demás órganos; mas, ocurre a veces que se rompe esta armonía; el cerebro queda paralizado en su desenvolvimiento; y tal detención puede ocurrir a cualquier edad, originándose así los defectivos mentales, cuyo papel trascendental en la constitución de la sociedad es motivo de serias preocupaciones en todo el mundo civilizado.

Cualquiera que sea la doctrina filosófica que profesemos, hemos de aceptar el hecho de que el conjunto de facultades morales e intelectuales que desarrolla el sér humano, se exterioriza por medio del cerebro. Un monstruo acéfalo no puede manifestar las potencias del alma y desde la negación absoluta que ésto representa, hasta el hombre de cerebro perfecto, se conciben gradaciones de estructura que corresponden a iguales gradaciones de potencia mental.

El estado de salud es la condición más propia para que el hom-

bre manifieste sus poderes en toda su eficacia; la enfermedad, por el contrario, temporal o permanente, afecta, poco o mucho, a la normalidad de las funciones físicas; y cuando el morbo hace impresión en el cerebro, quedan lesionadas la capacidad moral e intelectual de la persona, cuyo caracter se cambia y su razonamiento se perturba. Conocemos el hecho de que ciertas enfermedades generales al dejar como secuela lesiones físicas permanentes, han producido la ruina de más de una persona; la viruela, produciendo la ceguera, según estadísticas que merecen fé, ha convertido en mendigos a no menos de dos millones de habitantes de la China; y esto mismo se ha comprobado en Méjico, en donde miles d prsonas tienen que vivir de la mendicidad por igual motivo; la fiebre amarilla y el paludismo han ejercido su deletérea influencia en el hombre y en sus obras. La Compañía Francesa del Canal de Panamá no llegó a realizar el empeño de unir el Pacífico y el Atlántico, no sólo a causa de una administración pródiga, sino principalmente porque la fiebre amarilla y el paludismo entorpecieron el trabajo; igual resultado anti-económico se observa a menudo en familias que han sido llevadas a la pobreza por la sífilis, por la tuberculosis y por otros morbos de que padeciera el jefe o algún miembro de ella. Ménos perceptible en ocasiones pero no ménos efectiva, es la relación que existe entre ciertos stados de conciencia y determinadas condiciones del cerebro, que no siendo enfermedades visibles, son defectos en la modalidad del órgano. Cuando la función total de éste se halla invalidada, la inconsciencia es un hecho inconcuso; más cuando la invalidez es limitada, y máxime si sólo afecta a alguno o algunos de los numerosos órganos que forman el complexo cerebral, y que presiden a sus múltiples funciones, entonces suele pasar por alto aquella relación. Las lesiones cerebrales ménos manifiestas, son no obstante las que más daños acarrean a la sociedad; y entre ellas es sin duda la debilidad mental la que merece atención preferente; porque es este defecto el que motiva la existencia de un gran número de pobres, de vagos, de extravagantes, de borrachos, de prostitutas y de criminales; seres desventurados que van en aumento, porque por desgracia, en muchos casos su limitada deficiencia cerebral, no embaraza a su fecundidad, y aún a veces está ligada a un poder prolífico mayor.

Esta anomalía cerebral es la expresión congénita o tempranamente adquirida de una suspensión en el desarrollo de los órganos de la mentalidad; la primera, desde el punto de vista de los intereses de la sociedad, es de graves consecuencias; la segunda, no lo

es tanto, porque no es trasmisible como aquella. La suspensión en el desarrollo mental puede manifestarse en las facultades intelectuales, morales y afectivas en un grado diferente; desde la negación absoluta, hasta el desarrollo incompleto; produciéndose los idiotas y los imbéciles; clases en que dividió el gran Esquirol a los entes marcados con los estigmas de la degeneración; seres puramente vegetativos o sólo susceptibles de una limitada educación.

Ahora, bien; el idiotismo es incurable, y la generalidad de los que padecen esta deficiencia mueren jóvenes; con ellos termina la degradación de un sér que sólo trajo al mundo instintos y no siempre todos. El peligro de que propague su defecto no existe; pero no sucede así con todos los imbéciles; éstos, por su organización y conformación, difieren, a veces, poco o nada del tipo normal; algunos gozan de cierto grado de intelectualidad y de afectividad, aunque sean incapaces de atención, su memoria sea pobre, y carezcan de ideas abstractas. Algunos aprenden a leer, escribir, o un oficio, pero siempre de un modo incompleto. Sus afecciones son poco duraderas; pero sus pasiones sexuales suelen ser muy activas.

De este grupo, unos pueden ser colocados nn un extremo vecino al idiotismo; y otros en el otro extremo, rayano a la normalidad; de modo que alguns se distinguen fácilmente y todo el mundo los clasifica; mientras que otros se confunden en la vida común con la generalidad de las gentes, y solo mediante un examen científico pueden ser descubiertos. Esta es la clase más peligrosa, por pasar inadvertida, y porque dada su capacidad prolífica se reproducen mucho, y su reproducción se hace de acuerdo con la ley de que en la naturaleza toda cosa engendra su semejante. En armonía con este hecho hay que proceder cuando de remediar males sociales se trata.

Ciencia y previsión son términos que representan para A. Comte, conceptos correlativos. La Sociología, aunque relacionada con las demás ciencias, tiene un caracter específico, es una ciencia independiente, producto de la inteligencia más esmeradamente cultivada que ha alcanzado el hombre. No presume de un rigorismo matemático en sus especulaciones, pero su actividad es fecunda en bienes y va enderezada a la resolución de los problemas sociales por métodos preventivos, más que curativos. Saber para preveer, hé aquí la fórmula que prevalece en el mundo científico moderno, y a la que el Sociólogo se atiene más. La prevención de los males lo mismo en Medicina que en Sociología es la que salva; y ello es lo racional desde cualquier punto de vista que consideremos los he-

chos con relación a nuestros intereses individuales o colectivos de todo orden.

"Los fenómenos sociales son y permanecen fenómenos mentales", afirma Eleutheropolus, el eminente profesor de la Universidad de Zurich; por tanto el estado de aquellos no se puede hacer sin la consideración de éstos, y si ciencia es previsión, la actividad investigadora debe dirigirse principalmente a las mentes individuales que forman la mentalidad colectiva de los pueblos. De entre los factores que determinan el estado social de un pueblo, la herencia, ese fenómeno corriente, que por serlo no solicita de una manera honda nuestra atención; ese hecho positivo e irreductible de la repetición rítmica de las mismas formas en los seres orgánicos, es trascendental en Sociología; así pues, para una buena dinámica social, precisa no sólo que cada hombre llene sus funciones normalmente, sino que trasmita a su descendencia cualidades que se reflejen en el cuerpo social de que forma parte en acciones colectivas de elevada intelectualidad, de recta moral, de perfección estética y de poderosa industria.

El estudio de los complicados fenómenos de la herencia individual nos permite establecer la certeza de la trasmisión de cualidades congénitas perjudiciales al cuerpo social; y entre ellas, es prominente, la debilidad mental. Los hechos recogidos por los observadores en otros países, nos autorizan a creer que esta deficiencia que tantos daños está causando a otras comunidades, existe también en ésta de que formamos parte; y de ella quiero tratar para llamar vuestra atención hacia el peligro, y despertar vuestro interés en su remedio. No vengo, pues, hoy, a hacer el panegírico de las bellezas de nuestro pueblo, para conmover vuestro sentido estético. Nuestro suelo de eterna verdura, nuestro clima sin durezas extremas, las bellas flores que produce este jardín tropical, todo este encantador trocito de tierra privilegiada en que nos cupo la dicha de nacer, tiene poetas que con sus liras de oro han cantado y cantan su hermosura; más no conviene dejarnos arrullar por el dulce ritmo de cantos fascinadores; y olvidarnos de que todas esas bellezas cantadas tan ricamente por nuestros bardos, sólo podrán ser disfrutadas por un pueblo que esté apercibido a defenderse contra las múltiples causas de degeneración que sean capaces de llevarle a un aniquilamiento total. Gocemos la rima delicada y sonora que lleva al espíritu perfumadas hondas de belleza sentida; pero entremos también en la vida de la realidad científica, que en ella como en el arte, hay ideales nobilísimos que perseguir; vengamos al

mundo de los hechos, dándonos cuenta cabal de nuestras relaciones con la naturaleza, estudiemos sus leyes inflexibles para deducir de ellas reglas de vida, a fin de que siendo la que vivamos robusta y sana, realicemos la conquista de los instintos y pasiones, a virtud de los principios y del cumplimiento de los deberes que son la consecuencia de una noble y alta civilización.

Sería una locura conformarse con el mundo tal como es, y no tratar de mejorarlo; tal proceder nos acercaría a la animalidad; el hombre se distingue precisamente, entre otras cosas, de los animales, por su poder creador. Toda vida individual antes de cesar, debe haber contribuído a la vida humana, en la que se sucede por generaciones; pues a cada individuo le está encomendada una parte del esfuerzo en la obra del progreso común; de lo que se deduce que éste dependerá por mucho, del legado de una generación a la que le sucede.

El estudio de la evolución y organización de la sociedad comprende el de los agentes que pueden influir en la marcha y arreglo de aquella. No siempre es demostrable el mecanismo del complicado fenómeno de la herencia. El estudio de la célula, aún llevado a sus límites ultramicroscópicos, no ha podido aún revelar al hombre toda su complejísima constitución. Mucho se ha hecho en este campo de investigación, y aún mucho queda todavía por descubrir, lo que nos dará más luz para mejor intepretar los hechos que nos revela la herencia; pero ya sabemos que esta fuerza de la naturaleza se rige por leyes precisas, y se han descubierto algunas de esas leyes; por lo tanto está en nuestras manos evitar, en ciertos casos, la trasmisión de legados mórbidos ancestrales. La sociedad está sujeta a igual decadencia que el individuo; y así como toda debilitación favorece en el individuo su aniquilamiento, así también la sociedad, en la que abunden elementos ineptos, está a merced de la muerte; y el daño es mayor, por cuanto la desaparición de un individuo nunca puede compararse en consecuencias con la de la sociedad; de modo que el problema social, en lo que atañe a las causas que ocasionan la destrucción de una colectividad, envuelve primacía indiscutible.

El no haber llegado a precisar de un modo absoluto como se produce un fenómeno, no es razón para que menospreciemos los datos adquiridos acrca de su producción. La Ley de Mendel, es una de las más importantes adquisiciones de la Biología; y no ha sido formulada caprichosamente; sino después de investigaciones rigurosamente científicas acerca de la forma, color y otros carac-

teres en el cruce de plantas de la misma especie, y de algunos animales; aves y conejillos de Idnia principalmente. No es una ley creada por el hombre, es simplemente una ley natural.

La teoría atómita en Química nos enseña que los cuerpos simples se agrupan para formar otros cuerpos compuestos; y que de la forma y número de aquellas agrupacions, resultan distintos cuerpos, con propiedades diversas; de un modo análogo se ha establecido la hipótesis de que en la célula sexual se encuentran elementos que combinados en infinitas formas posibles, dan lugar a los caracteres con que se distinguen las formas orgánicas vegetales y animales. Sin compartir las ideas filosóficas de Hackel, pues entendemos con Claudio Bernard que lo que caracteriza a la máquina viviente no es solo la naturaleza de sus propiedades físico-químicas, reproducimos el párrafo siguiente de su obra "La Creación Natural", relacionado con nuestro asunto:

"La vida de un organismo cualquiera, dice Haeckel, no es otra cosa sino un encadenamiento contínuo de movimientos materiales muy complejos. Estos movimientos son cambios en la posición relativa y la composición química de las moléculas, es decir, de las más pequeñas partículas de la materia viviente; éstas son combinaciones atómicas muy variadas. La dirección específicamente determinada de este movimiento vital homogéneo, persistente, inmanente, resulta, en cada organismo, de la mezcla química de la sustancia albuminoidea generatriz que le ha dado nacimiento", y añade, "pero nosotros debemos sentirnos llenos de asombro y de admiración, ante esta delicada, infinita e incomprensible, para nosotros, actividad de la materia albuminoidea. Nos sentimos estupefactos ante estos hechos incontestables, al ver que la simple célula ovular de la madre, la simple célula espermática del padre, trasmiten al niño, con tal fidelidad el movimiento vital propio a cada uno de los dos individuos de tal manera, que este último reproducirá las más delicadas particularidades corporales y morales, de ambos padres".

Al estudiar los problemas sociales no se puede prescindir de considerar la parte que tiene la herencia en la producción de ellos, y una de las consecuencias de esta relación, es la división de las personas a quienes se inculpa de una falta o delito es responsables e irresponsables; para no cometer con éstos la injusticia de infligirles castigos, por acciones que no estuvo en su poder dejar de cumplir. Cada persona viene al mundo con una capacidad intelectual de distinto grado. Desde la negación total hasta el genio, la

gradación es extensa y en armonía con la responsabilidad; que no puede ser estimada sino en relación con el grado de inteligencia de cada individuo. Y así lo reconoce en parte la Sociedad, cuando absuelve, o aminora el castigo de los delincuentes infantiles.

Además de considerar la inteligencia en absoluto, también hay que tener en cuenta que un grado igual de inteligencia que en un medio social puede bastar, en otro será insuficiente. Este valor relativo de la capacidad intelectual no se tiene mucho en cuenta, y sin embargo, explica no pocos fracasos financieros, y no pocas ruinas morales. Hay quien puede pasar por hábil comerciante o por persona de conducta intachable en una aldea, y llevado a la ciudad ser víctima de su propia inferioridad intelectual; porque el grado de mentalidad que en la aldea lo bastaba para desenvolverse, no fué bastante para guiarle en las complejas situaciones de una urbe. Esa misma relatividad explica el éxito que obtienen algunos pueblos invasores sobre otros; y el por qué individuos que en su país no prosperan y emigran a otros, fueron en éstos más afortunados. Que el grado de inteligencia de cada individuo es variable y relativo dentro de la normalidad, es un hecho inconcuso; mas nuestro objeto es ocuparnos sólo de aquéllos casos en los cuales la inteligencia no llega a su desenvolvimiento normal, no obstante que otras partes del organismo pueden alcanzar su completo desarrollo. Las personas así afectadas no ofrecen tampoco un mismo nivel mental, sino planos de mentalidad distintos. Son defecticos mentales, en diferente grado, que a la sociedad interesa conocer, y sobre los que debería ejercer actos que la librasen de las consecuencias fatales de su incremento. Es principalmente durante la niñez cuando se puede ejercer una acción eficaz en este particular, lo cual es una razón más en favor de que exista una inspección médica eficiente en las escuelas, en donde los niños atrasados se hallan hoy confundidos con los normales, con perjuicio de aquellos que no pueden seguir el mismo plan educativo que los últimos.

El Profesor Bird T. Baldwin, del Colegio Swarthome, en un artículo acerca del niño normal, su crecimiento físico y su desarrollo mental, se expresa así: "Para los fines de un análisis psico-intelectual debería ser reconocido que el niño tiene cinco edades paralelas o que están en relación: la edad cronológica en años, meses y días, indicadora del tiempo vivido; la edad fisiológca que indica los períodos de crecimiento físico y madurez; la edad mental indicante de la madurez de ciertos instintos, capacidades y rasgos mentales; la edad pedagógica demostradora del grado y posición en el progreso

en la escuela; y la edad moral que nos expresa claramente los bien definidos modos del desarrollo en el juicio moral y en el despertar religioso. En un niño normal estas edades se equilibran entre sí.

En los anormales sucede lo contrario, y estamos cometiendo errores graves en la educación de los niños pretendiendo someterlos a todos a igual régimen, sin tener en cuenta estas distintas edades individuales. Los anormales necesitan un tratamiento especial; y a menudo sólo se les puede descubrir con una inspección médica escolar competente. Debemos tener en cuenta que, como ha dicho un sabio médico francés, el Dr. Raoul Dupuy. "El número de niños anormales (seres deformes, futuros criminales, alienados, prostitutas, etc.), aumenta cada día comprometiendo el porvenir del país, de la sociedad y de la raza. Estos individuos, víctimas inconscientes de una injusta fatalidad, ¿constituyen un tributo que pagamos a nuestra civilización? ¿Son un indicio de una próxima decadencia? En todo caso la colectividad en vez de intentar simplemente educarlos, sin gran resultado a veces (escuelas especiales de atrasados), tiene el deber de investigar y suprimir las causas que determinan este estado de atraso. Debe también tratar a estos individuos, algunos de los cuales (los niños atrasados y distróficos) son enfermos corporales susceptibles de mejoramiento y aún de volver a la normal."

Cuando el Consejo Comunal de Bruselas creó, dice Carlos Octavio Bunge, en su obra "Educación de los Degenerados", a título de ensayo, una escuela de enseñanza especial para los niños atrasados, se fundó en que "su presencia (la de los degenerados) constituía en las escuelas una traaba para la marcha ordinaria de los estudios, sin contar con que, por otra parte, daban a los condiscípulos un deplorable ejemplo. Los anormales perdían el tiempo, vegetaban si provecho intelectual alguno, y si alguno adquirían, era disgusto y antipatía por la escuela. En lugar de desenvolverse, su inteligencia se oscurecía paulatinamente hasta que, obligados a abandonarla, salían a aumentar el número de los pervertidos, de los excluídos de la sociedad".

Es, pues, la escuela, la primera piedra de toque de la inteligencia, de la que depende en muchos casos sl éxito que se alcance luego en la vida en la prueba mundial. El Dr. Charles L. Dana, profesor de Enfermedades Nerviosas en Cornell, define así la inteligencia: "Por inteligencia o habilidad mental entendemos las actividades efectivas de la mente; se la sujeta a prueba en el proceso de la educación por la escuela graduada; más tarde en la vida por la

eficiencia personal de la persona. Implica una memoria relativa, rapidez para recordar, facilidad de asociación, adquirida por pasadas experiencias, habilidad para combinar el material de la mente en un todo coherente y efectivo, esto es: para iniciar, completar, inaugurar o inventar.'' Todas estas facultades, conque se manifiesta la actividad de la mente, pueden sufrir menoscabo por distintas causas que perturben la función del órgano por el cual se han de exteriorizar, y en especial su desarrollo detenido; la manera de apreciar la capacidad mental de cada persona es una de las conquistas de la ciencia fisio-psicológica en nuestros días.

Para juzgar del atraso de un niño debemos, teniendo en cuenta su edad, apreciar el desarrollo que ha alcanzado su cerebro en la época que se le observa. Todo niño que para una edad dada presente un retardo corporal, psíquico o sensorial con relación a los niños normales de su misma edad, es un atrasado. Sabido es que el sér humano pasa en su evolución individual por tres períodos: el vegetativo, que corresponde al recién nacido; le sigue el animal, que dura hasta que llega por último al período humano, en el que posee ya el don de pensar y de hablar. En este período podemos apreciar la inteligencia del niño de un modo aproximado a simple vista; pero hoy contamos con medios que se aproximan a la exactitud matemática para medir todas las actividades de la mente; memoria, atención, percepción y asociacion y el poder de combinar y coordinar, que, con las anteriores, son indicativas de la inteligencia de una persona. En los laboratorios psicológicos se han estado usando por más de veinte y cinco años, métodos para probar la inteligencia; pero durante los últimos diez años, estas pruebas se han desarrollado de tres maneras: hoy tenemos las pruebas técnicas, propias de los laboratorios psicológicos, y dirigidas al adelantamiento de la ciencia psicológica e incidentalmente a resolver los llamados problemas pedagógicos. Las pruebas de asociación acompañadas con los datos psico-analíticos, de las que se ha sacado gran provecho para conocer la capacidad de la mente y algo de los estados sub-conscientes; y las pruebas Binet-Simon; estas últimas no tienen por objeto tanto el medir la inteligencia, como el apreciar el desarrollo alcanzado por la mente del niño.

Los profesores Binet y Simon, de París, el primero, conocido por los hombres de ciencia como uno de los psicólogos más famosos del mundo, y el segundo, hombre de ciencia no menos distinguido; ambos, después de largos años de estudio, llegaron en 1905 a la con-

clusión de un método para apreciar con bastante exactitud el grado de mentalidad.

Este método ha alcanzado una gran prominencia durante los últimos años; y en 1911 se publicó la escala final corregida, que nos permite en la actualidad determinar bastante bien la edad mental de un niño. El profesor Binet, estudiando el problema de la psicología individual en niños normales y defectivos, ha ensayado todas sus pruebas, las ha regulado, y el resultado ha sido el método y las medidas que hoy se conocen con el nombre de "Escala de Binet". De ella dice Henri Goddard: "Tal escala es posible, porque la mente humana se desarrolla desde la infancia hasta la vida adulta de igual modo que el cuerpo; y del mismo modo que hay signos físicos de la edad, tales como la aparición de los dientes, los signos de la pubertad, etc., así también hay etapas en el desarrollo mental, las que pueden igualmente ser notadas por aquellos que conocen sus caracteres. Por una serie de preguntas se conoce lo que el niño es capaz de hacer y de repetir durante los varios períodos de su vida, desde la edad de tres hasta la de doce años. Después se le hacen al niño suficientes preguntas para conocer a qué edad ha llegado, según el límite de su habilidad para contestar, a fin de conocer su desarrollo mental. Si el niño es un promedio de mentalidad normal, contestará a las preguntas que le han sido hechas de acuerdo con su edad. Por ejemplo, si tiene siete años, responderá a las preguntas para los siete años, y no para los ocho; podría, sin embargo, ser un poco más despierto que el promedio, y responder a las preguntas para los diez. Por otra parte, puede ser lento o torpe, y sólo podrá contestar a las de seis y medio o menos. Según los casos, el autor los marca respectivamente como promedios, precoces y torpes. Se ha comprobado que si un niño está retrasado en más de dos años cuando aún no ha llegado a los nueve, es probablemente un débil de mentalidad. A un niño de más de nueve años se le conceden hasta tres de atraso, antes de declararlo defectivo."

Este corto informe de lo que es la escala de Binet dará a ustedes una idea del método, ya que no podemos entrar en su exposición completa.

Como dijimos antes, el nivel mental de los defectivos es vario, lo que ha dado lugar a que se les clasifique según sea aquél. El Dr. Bourneville clasifica los anormales psíquicos en idiotas absolutos, seres vegetativos, (marcha, palabra, atención nulas); idiotas profundos; seres animales, (andan, pero la palabra y la atención

son muy limitados); imbéciles ligeros, (retardo de las facultades), e instables ligeros, (movilidad intelectual).

El Dr. Goddard en su libro "Debilidad Mental, sus causas y consecuencias", nos dice: "Personas que son reconocidas por estar bajo el nivel de la inteligencia normal, han sido llamados en diferentes épocas con diversos nombres. Originalmente llamados idiotas, fueron luego designados como imbéciles y últimamente débiles de mentalidad. Después que se ha estudiado más el problema, ha sido necesario designar diferentes grados de este defecto; y por consentimiento común se ha establecido la costumbre de aplicar el término idiota a los más bajos grados; imbécil a los de mediano grado y llamar débiles mentales a los más elevados.

En Inglaterra ésta es la clasificación común; y como término general para todos, es usada algunas veces la palabra "Ament" compuesta de "a". privativo y "ment", mente. En los Estados Unidos se ha usado la expresión "débil de mentalidad", tanto en un sentido específico, como genérico; especialmente, para designar la más alta división; y generalmente, para el grupo total. La Asociación Americana para el estudio de la debilidad mental ha adoptado el siguiente arreglo: el término "idiota" se usa para designar aquellos cuya edad mental corresponde a la de los dos años; "imbécil" para aquellos de tres a siete años inclusive; y para los de siete a doce se usa un nuevo término: se les llama "moron". La palabra "moron", por lo tanto, en los Estados Unidos de América del Norte, significa exactamente lo mismo que "débil de mentalidad" en Inglaterra.

En medicina mental ls franceses usan la palabra "insuffisant" para designar a aquellos individuos cuyo carácter, el juicio o el sentimiento pareciendo sanos, en las circunstancias ordinarias de la vida, son deficientes, y verifican actos más o menos anormales a propósito de tal o cual orden de ideas, o de tal o cual orden de circunstancias.

La palabra traducida de un modo literal "Insuficiente" no expresa la idea específica en nuestro idioma, y la de "incapaz" tiene el inconveniente d aplicarse en castellano de un modo genérico a muchos casos, y ser equivalente a "necio" que se aplica a personas ignorantes o imprudentes, dependa o no de ellos su ignorancia. Llamarlos simplemente "atrasados" ofrece los mismos inconvenientes, y así sucede con las palabras: tontos, memos, mentecatos, bobos, con que significamos en español la gran familia de los imbé-

ciles. Para la imperfección de la inteligencia en el grado que la sufren los débiles mentales, no tenemos, pues, un nombre peculiar, como el inglés "moron", que etimológicamente, puede traer su orígen del griego "moro". loco; o "morosis", fatuidad, idiotismo; o del latín "moron", retardo, demencia; la palabra "mora" que en lenguaje español, expresa la idea de retardo, y también "moroso" cuando se usa en el sentido de torpeza, retardo o dilación intelectual acaso podrían originar un neologismo apropiado, mas dejando esto por el momento; lo que nos interesa ahora es tener un concepto claro de lo que constituye este defecto.

La debilidad mental se ha definido como "un estado de deficiencia mental que existe desde el nacimiento o desde una edad temprana; y es debido a un desarrollo incompleto o anormal; en consecuencia del cual la persona afectada es incapaz de cumplir con sus deberes como miembro de la sociedad en la posición de la vida en que ha nacido".

El Real Colegio de Médicos, de Londres, define a la persona de mentalidad débil diciendo: "Uno que es capaz de ganarse su vida bajo favorables circunstancias, pero que es incapaz a causa de un defecto mental, existente desde el nacimiento o desde temprana edad, de competir en términos iguales con sus compañeros normales, o manejarse él mismo, y sus negocios dentro de la prudencia ordinaria." Esta definición incluye, según se vé, a muchas personas que la mente popular no considera de inteligencia sub-normal y, sin embargo, son pseudo-normales. El "moron" a menudo parece normal, tiene pocos o no obvios signos de degeneración, y con frecuencia es capaz de hablar afluentemente; su conversación, marcada por pobreza de pensamiento o aún simpleza o bobera, pasa por lo común, como debida a la ignorancia. Son seres que afectan las anomalías psíquicas dependientes de retardos, detenciones, regresiones y perversiones, grados distintos en la reflexión del sentido moral, la coordinación de las ideas, la facultad de comprensión y a la par manifiestan cierta actividad intelectual; veamos la relación que existe entre estos deficientes mentales y algunos de los problemas que preocupan a la sociedad.

El de la criminalidad, considerado desde el punto de vista del castigo, está planteado actualmente de un modo distinto que en épocas pasadas. La gran función del castigo en nuestros días se considera ser la reforma del ofensor; desgraciadamente esta reforma no siempre es posible, porque el medio no basta para reformar a aquellos que han nacido con lo que Bunge llama "daltonis-

mo moral", es decir, sin inteligencia suficiente para saber distinguir lo bueno de lo malo. No se pretende con etso afirmar que todo criminal sea un irrespnsable, irredimible, pero sí es dado afirmar que un tanto por ciento considerable de las personas que están sufriendo condena en las prisiones, son defectuosos de mentalidad, y por lo tanto, irresponsables de sus actos e incapaces de reformación. En 16 instituciones de los Estados Unidos para niños delincuentes, se ha demostrado que el percentage de defectivos varía desde un cuarenta hasta un ochenta y nueve por ciento; y estas cifras, compiladas en los reformatorios como el Instituto Psicopático de Chicago para jóvenes y otros, se ha comprobado que corresponden también con las hallados en las prisiones; de donde se puede concluir que al menos el 50 por 100 de criminales son defectivos de mentalidad.

El alcoholismo es uno de los vicios para los que se han ideado mayor número de remedios: educación general de la voluntad, conferencias, sermones, multas y otros castigos, acciones todas buenas de propósito, pero que son ineficaces cuando han de actuar sobre seres de mente débil, que no pueden gobernar sus apetitos, o dejar de sucumbir a las condciones del ambiente que les rodea. Toda persona débil de mente es un alcohólico potencial que sólo espera la ocasión para manifestarse. Tampoco esta afirmación envuelve la idea de que todo alcohólico es un irresponsable, pues bien sabido es que hay personas que han llegado al extremo en el alcoholismo, y que han conservado su mentalidad tan vigorosa, que si por alguna circunstancia favorable han roto con el hábito, han demostrado su competencia en los negocios de la vida; pero sí parece evidente que el alcohol casi duplica el número de niños débiles de mentalidad en una familia.

Es una verdad cada día comprobada, que el alcoholismo de los padres se manifiesta en la descendencia por diferentes formas de un deterioro mental lamentable. En un interesantísimo artículo acerca de este asunto publicado en el "Outlook" de Diciembre último leo:

"Otro doctor suizo, el Dr. Bezzola, ha hecho un estudio riguroso en los registros de paternidad de sus conciudadanos, de las estadísticas de nacimiento de la población total de Suiza, durante 1880 y 1890. De la inscripción de cada persona sustrajo nueve meses, a contar del día de su nacimiento para deducir la fecha de la concepción. En esa década nacieron 8,190 idiotas. El objeto de la investigación era comparar la época en que ocurrió la concepción

de los idiotas, con la correspondiente al resto de la población. El halló que el máximum de las concepciones para la totalidad tuvo lugar en el verano. Pero para los idiotas hubo otros dos períodos de máxima, aparte del verano, y fueron los meses de Febrero y de Octubre. Ahora bien, Febrero es el mes de Carnaval y Octubre el de la Vendimia. Los idiotas eran los niños del Carnaval y de la Vendimia.''

La prostitución y el tráfico deshonroso con las esclavas del burdel es otro de los problemas sociales de que desespera la humanidad. ¡Hay tantas circunstancias que pueden llevar a una mujer a la deshonra! Sin embargo, hasta hace poco no se había pensado en que la debilidad mental fuese una causa importante de prostitución. De los archivos del Reformatorio de Geneva, Illinois, el Dr. Bridgman ha podido sacar el dato de que de 104 muchachas detenidas en el Reformatorio, que habían sido conducidas a una vida inmoral, el 97 por 100 eran débiles de mentalidad. Creer que toda prostituta es una persona de mente débil, sería afirmar demasiado quizás, pero se puede estimar de un modo conservador, que más del 50 por 100 de jóvenes prostituídas pertenece a la clase de personas de mentalidad débil.

Yo he tenido recientemente la oportunidad de empezar un estudio de la prostitución en Puerto Rico. No he aplicado la escala de Binet para la prueba de la mentaidad, a causa del idioma, y he hallado dificultades grandes en la averiguación de datos familiares, como es fácil de suponer; pero, no obstante, entre las mujeres que he examinado hasta ahora puedo anticipar con fundamento que el por ciento de defectuosas mentales es grande, y que la herencia juega en su producción un papel importante. Si las circunstancias me lo permiten, espero continuar mis observaciones, y completarlas; y tal vez pueda exponer luego algo que contribuya a probar que la existencia de esta enfermedad social en Puerto Rico, es también en gran parte dependiente de una mentalidad defectuosa heredada. Yo os anticipo que es mayor de lo que puede uno figrarse el número de estas desgraciadas que habiendo asistido a la escuela dos o tres años, sin embargo, no conocen las letras, o si las conocen no saben leer; así también el número de las que nunca fueron a la escuela es notable, y hasta el presente no he hallado ninguna que pasara de los primeros grados sn su instrucción. Entre las que por sabe leer y escribir he sometido a examen de su capacidad intelectual, la deficiencia de interpretación de lo leído y la escritura defectuosa es, en su mayoría, lo común. Seguramente esto nos

dice bastante de la deficiencia mental de estas infelices que no lograron ningún desarrolo intelectual, ni aún en los principios más elementales de él, cual es el conocimiento de las letras.

Sin pretender que el pauperismo obedezca exclusivamente a la debilldad mental, no cabe negar que ésta contribuye a producir la pobreza; el vasto número de personas que en ciudades y campos viven una vida mísera es el resulta de causas complejas; al problema que se le han aplicado multitud de remedios, de acuerdo con las ideas del propinante y el concepto que se ha formado de lo que es un pobre. Quien le considera como una persona que no trabaja lo suficiente para ganar su vida; un vago que prefiere vivir a expensas de los demás. Otros dicen: es uno que ha sido víctima de la desgracia a causa de circunstancias que él no podría prever ni evitar.

Debe tenerse en cuenta que la pereza de algunas personas depende de que están enfermos. La uncinaria, tan común entre nosotros, determina una debildad física, un estado apático que hace del enfermo un perezoso, acaso contra sus inclinaciones naturales, si estuviese en estado normal. Los niños por su parte, no son perezosos; cuando aparecen serlo, o están enfermos, o son débiles mentales. Aclarado esto, veamos ahora cómo la pobreza es usualmente la consecuencia necesaria de una insuficiencia, hija de la debilidad mental. Todo aquel que es incapaz de competir con sus compañeros en la lucha por la existencia, debe, siendo todas las demás circunstancias iguales, convertirse en un pobre. No pudiendo ganarse por sí mismo la vida, tiene que vivir a expensas de los demás; y ya colocado en este terreno, o se puede convertir en un criminal, apropiándose por cualquier medio de lo que no le pertenece, o se somete tranquila y pasivamente a las circunstancias y se convierte en un pobre, que, si no muere de hambre, es porque la sociedad se cuida de él. La investigación hecha en los asilos para pobres demuestra una consderable proporción de defetcivos de mentalidad y que lo fueron desde niños.

El problema de la vagabundería está relacionado también con el de la debilidad mental. Esta es una cuestión que interesa a la opinión pública en todas partes. Muchos países la han aplicado remedios. Se dice que en Bélgica ha desaparecido el vagabundo y que se debe al poder de los Jueces de Paz para enviarlos al Hospicio, a la Escuela de Beneficencia y a la Casa de Refugio, etc., según el caso. La creación de estas instituciones es nua demostración de que se reconoce que la mentalidad de algunos de etsos seres, es

la causa de su vagabundería. Muchos de los niños que no tienen éxito en la escuela, a los que se les califica de flojos, se convierten en vagabundos; es posible que el 80 por 1000 de estos sean personas débiles de mentalidad. El hecho de que se haya ignorado que esa deficiencia mental fuera la causa de los males apuntados, se debe a que el concepto popular acerca del idiota y del imbécil, no se extiende a los grados más altos de mentalidad de este grupo; a aquellos cuya condición de mente es compatible con actos que los idiotas e imbéciles no pueden ejecutar. Son ignorados también, porque su degeneración se manifiesta más claramente en el orden psíquico que en el físico. "Su inferioridad fisiológica, dice Bunge, es vergonzante y disimulada, y apenas si llega a revelarse a veces, en tal o cual estigma, como la oreja en asa, la asimetría, el "bec de lievre", (labio hendido, labio leprino)."

Los extravagantes son una clase de personas que no faltan en ninguna comunidad; aunque no sean pobres, necesitan en ocasiones de la asistencia de otros; aunque no sean criminales, ni borrachos, ni prostitutas, son desamparados, incompetentes, susceptibles de caer. Se les ha considerado como voluntariosos, díscolos e ingratos. Considerando que toda persona inteligente procura adaptarse al medio que le rodea sin que nadie tenga que decírselo, es lógico presumir que estos seres, que unas veces son el "hazme reir" a causa de sus acciones, y en otras se les tiene piedad y nunca son gratos a la sociedad por su falta de tacto, son débiles mentales; y así parece demostrarlo el estudio más científico que se hace de estos caracteres. Es la cierto que esta clase de personas procede en sus actos de igual manara que el tipo de mentales débiles llamado "moron"; y es más que probable que una buena proporción de estas personas que no hacen las cosas nunca a derechas, sean personas de tal relativa baja mentalidad, que no pueden adaptarse al medio en que se desenvuelven, como lo hace la mayoría.

Una vez comprobada la existencia de los débiles de mentalidad y su excesivo incremento, la sociedad se ve compelida a resolver estos cuatro problemas, que señala Goddard: "Primero: el lugar que ocupa el débil de mentalidad en la vida social de nuestros días en relación con el crimen, el pauperismo, la intemperancia, el mal social, incompetencia y enfermedad. Segundo: el problema psicológico, ¿qué clase de proceso mental tienen esos débiles de mentalidad? ¿Cuál es la condición, por ejemplo, de su memoria, atención, sensación, percepción, emoción, voluntad y juicio? Tercero: el problema pedagógico, ¿qué se les puede enseñar? ¿Cómo

deben ser enseñados educados y disciplinados? ¿Qué preparación moral pueden recibir y tomar? Cuarto: el problema biológico, ¿cuál es la causa de la deficiencia mental ¿Cuál es la base física de ella y cuáles métodos de prevención pueden sugerirse?''

Como se comprenderá este es un asunto demasiado vasto para ser tratado en una sola conferencia. No he de intentar siquiera el esbozarlo, pero deseo llamar vuestra atención hacia los distintos aspectos que nos ofrece su estudio a los fines de la creación de una comunidad libre, en parte al menos, de los males de que adolezca.

El problema social tiene una dependencia directa del biológico **Sublata causa tollitur efectus**, dice un aforismo médico. Por eso al descubrir que una de las causas de la criminalidad, del pauperismo, de la prostitución y de otros morbos sociales es la debilidad mental, ese retraso o suspensión en el desarrollo cerebral que hace de un viejo un niño menor de doce años, nuestra atención se dirige lógicamente a estudiar la manera de suprimir lo que yo llamaría el "moraismo" intelectual, y desde luego surgen dos medios: uno el de que la sociedad tome a su cargo los pobres, borrachos, criminales y prostitutas hasta el fin de sus días, lo que, aparte el costo que representa, dejaría la obra a medias, pues el número de individuos recluídos sería reemplazado por un nuevo contingente en cada grupo; esta conclusión nos lleva como por la mano a la de que el remedio más eficaz es el de evitar la propagación de los individuos cuya mentalidad es deficiente, y que por ser congénita pueden trasmitir el defecto. El primer medio, la reclusión, hemos dicho que no podría ser completo, pero esto no significa que no debamos fundar escuelas y otras instituciones en donde podamos gobernar y educar la inteligencia limitada de los defectivos, evitándoles los peligros de su incapacidad mental para bastarse a sí mismos. Se ha observado que los individuos de mentalidad débil después de los veinte años, pueden dedicarse a trabajos que aparentemente requiren una mentalidad más alta que la que en realidad poseen; pero lo que es debido a que la preparación larga que han tenido, les ha enseñado a ejecutar actos que realizan más o menos eficientemente, pero de un modo automático. Esta circunstancia es favorable, y acaso se llegue a sacar provecho de ella en beneficio del defectuoso y de la sociedad: hay ocupaciones que, sin ser degradantes, no satisfacen la ambición de las personas de inteligencia normal; pues, aun siendo, como es, igualmente noble y dignificante cualquier clase de trabajo, existen algunos, que por el

poco esfuerzo intelectual que exigen, pueden ser ejecutados por los débiles mentales, debidamente educados.

La clasificación industrial de los débiles de mentalidad que ha adoptado la Escuela de Vineland (Nueva Jersey), es la siguiente:

CLASIFICACION INDUSTRIAL

Edad Mental	Capacidad industrial	Grado	
Menores de 1 año	(a) Irremediables (b) Pueden andar. (c) Con voluntaria atención.	Bajo	
1 año	Se alimentan por sí mismos. Lo comen todo.	Intermedio	IDIOTAS
2 años	Comen sin distinguir alimentos de los que no lo son.	Alto	
3 años	No trabajan. Juegan poco.	Bajo	
4 años	Tratan de ayudar.		
5 años	Solo los trabajos más sencillos	Intermedio	IMBECILES
6 años	Trabajos de poca duración. Lavar platos.	Alto	
7 años	Pequeños recados en casa. Quitar el polvo.		
8 años	Hacen mandados. Trabajos ligeros. Hacen las camas.	Bajo	
9 años	Trabajos más fuertes; barren, remiendan, colocan ladrillos, tietienen cuidado del cuarto de baño.		
10 años	Buenos ayudantes en la Institución. Trabajo de rutina.	Intermedio	MORONES
11 años	Trabajos bastante complicados con sólo equivocaciones ocasionales.	Alto	
12 años	Usan las máquinas, pueden cuidar de los animales, no necesitan vigilancia para el trabajo de rutina; no pueden planear.		

Toda persona cuya inteligencia no sea mayor de la que corresponde a la de un niño de doce años, es incapaz de manejar sus asuntos con la prudencia ordinaria. Una ojeada sobre esta metó-

dica clasificación nos permite deducir cuánto partido se puede sacar de las facultades limitadas de los deficientes del último grupo en ocupaciones industriales y agrícolas.

Las causas de la debilidad mental han sido estudiadas cuidadosamente en varias instituciones. El citado Dr. Goddard, ha estudiado 327 casos y sus conclusiones, que coinciden con las de otros autores, le llevan a distriuir las causas en la forma siguiente:

"El autor separó del total, 27 casos; por no haber podido obtener datos suficientes. En la genealogía de 14, o sea en el 54% de los 300, comprobó la existencia de numerosas personas débiles de mentalidad en sus familias. En 34 casos o sea el 11%, no estando demostrado de un modo cierto el caracter hereditario, se limitó a considerar la herencia sólo como probable; aún cuando las probabilidades le permitían considerarlos como del tipo congénito. En 37 casos, o sea en el 12.3%, halló en sus familias un linaje de neurópatas que padecieron afecciones tales como parálisis, apoplejía, epilepsia, locura, ceguera y otras enfermedades del cerebro. En 57 casos o sea en el 19%, pudo hallar una causa accidental; y en los 8 restantes, o sea el 2.6%, no pudo descubrir ninguna caúsa razonable. Como se puede ver, la causa más frecuente de la debilidad mental en este estudio es la herencia.

Esta conclusión corresponde con las de otros competentes observadores; por lo cual no admite dudas el caracter hereditario de la debilidad mental, en un gran número de casos. Y como estas disposiciones mentales heredadas por cada individuo, hemos visto que se reflejan por la colectividad en una porción de males, está fuera de discusión que no se exagera la importancia que tiene para la sociedad el hallar un remedio contra este peligro que, no restringido, amenaza degradarla.

Aún reconociendo con Novicow que la existencia de razas, desde el punto de vista antropológico sea una quimera, no es asunto de controversia que cada raza de las así llamadas en el lenguaje corriente, tiene su herencia colectiva, que se distingue por sus caracteres propios de la de otras razas, pero sobre la que se añade la herencia individual, la que es peculiar a cada uno de los miembros de aquella. Como ha dicho M. Levy, "La raza, el pueblo, el sexo, herencias anónimas y colectivas, efectúan su obra en las profundidades más íntimas e inconscientes del sér, y no son ciertamente discernibles más que para la psicología comparativa de grupos étnicos de cierta extensión. Estos son justamente, con los caracteres, más generales todavía, de la especie, los factores del

fondo común de las constituciones mentales, sobre el que se ingertarán las trasmisiones de la herencia particular, familiar''. Hay, pues, según el autor citado, una acción recíproca de la raza sobre el individuo y de éste sobre aquélla; y la última es evidente que será buena o mala, según sean las cualidades que a través de la herencia ingerte el individuo en su raza.

Desde este punto de vista, el débil de mentalidad no es deseable; porque siendo su defecto trasmisible, se hace incompatible con el mejoramiento de la raza, para cuya obra es un embarazo; constituyendo a menudo una carga para la sociedad y una desgracia para sí mismo. De acuerdo con la Ley de Mendel, cuando ambos padres son débiles de mentalidad, todos los hijos lo serán igualmente; mas si uno de los padres es normal por ambos lados, todos los niños serán normales, en apariencia; pero capaces de trasmitir la debilidad mental, porque han heredado la normalidad por un solo lado, y la debilidad mental por otro. Entre personas que están así constituídas pueden ocurrir tres clases de matrimonios. Estos que en realidad son pseudo-normales, en los cuales la debilidad mental está latente, pueden casarse; con débiles mentales; con pseudo-normales de la misma clase que ellos; o con normales absolutos. En el primer caso, de acuerdo con la Ley expresada, la mitad de los niños serán débiles mentales, y la mitad pseudo-normales, con la debilidad mental latente. En el segundo caso, la relación mendeliana de 3 a 1 tendrá lugar. Habrá tres niños normales y uno débil de mentalidad, pero de los tres uormales, sólo uno lo será absoluto; y los otros dos tendrán latente el defecto y lo podrán trasmitir. En el tercer caso todos los niños serán normales, pero la mitad solo lo será en absluto; y la otra mitad tendrá el vicio hereditario latente. Esto no quiere decir que si sólo han nacido cuatro hijos de uno de estos matrimonios, necesariamente hayamos de comprobar en ellos el cumplimiento de la Ley de Mendel; pues pudiera ocurrir lo que sucede en el caso de una moneda tirada al aire. De acuerdo con otra ley, la de las probabilidades; conocido es que si lanzamos al aire una moneda, ésta debería caer una vez de cara y otra de cruz, lo cual no sucede sino cuando repetimos el experimento suficientemente, para que la ley se cumpla; pero si sólo se lanza la moneda un número de veces limitado, bien pudiera ocurrir que cayera en todas las ocasiones de cara o de cruz, o en una proporción que haría dudar de la exactitud de la doctrina de las probabilidades; éste es el caso con los hijos; el número de los que constituyen un matrimonio, no es suficiente para comprobar

la Ley Mendeliana; pero si sumamos un número bastante de los descendientes de cónyuges de las mismas condiciones, hallaríamos que la ley se cumple indefectiblemente. Del mismo modo que en el caso de la moneda habrá una probabilidad igual en un matrimonio de pseudo-normales de que el primer hijo sea normal, o pseudonomal (débil de mentalidad). Si fuese normal, el segundo hijo tendría una sola probabilidad en cuatro de ser normal. Si éste segundo lo fuese, el tercero tendría una probabilidad en ocho y si éste lo fuese también, el cuarto sólo tendría una probabilidad en diez y seis. Lo expuesto hasta para explicar algunos hechos que para los profanos son un argumento en contra del mendelanismo, no obstamte tener una explicación que en nada contradice la ley.

Siendo esto exacto, lo lógico es que la sociedad guíe y dirija los convenios de matrimonios evitando en cuanto sea posible que aquéllos individuos que no tienen inteligencia bastante para gobernarse a sí propios, celebren contratos conyugales de los que hayan de resultar hijos débiles mentales. Un débil mental carece de suficiente percepción para abstenerse de la paternidad; por lo que la sociedad, ante el perjuicio que le acarrea el que se convierta en padre, tiene el derecho de protegerse a sí misma, al propio tiempo que proteje a los futuors seres que vendrían al mundo a ser infelices.

La sociedad, hoy por hoy, sólo cuenta con un limitado número de recursos eficaces para combatir ese mal; son ellos la educación, que lleve a todos especial conocimiento del peligro que envuelve para los hijos un matrimonio inadecuado; la colonización, y la esterilización que ya hemos discutido en conferencias anteriores.

La colonización es eficiente hasta cierto punto, y no hiere los sentimientos de la generalidad, pero no basta porque el número de débiles mentales es muy grande, y porque durante la niñez, que es cuando la colonización sería más útil, muchos padres se negarían a llevar a la colonia a sus hijos; y luego, cuando adultos, ya han tenido ocasión de inferir a la sociedad daños personales y de trasmitir su defecto. En cuanto a la esterilización, aún tratándose de la vasectomía, es violentamente objetada por muchos, y aunque llegara a ser ley, no resuelve tampoco por completo el problema; porque no se podría emplear sino con un reducido número de defectivos y en muchos de éstos se vendría a practicar ya tarde para evitar los efectos de su reproducción. El uso de los rayos X para la destrucción de los espermatozoos y ovas ensayado en los animales con éxito, permite esperar que su aplicación a los defectivos y

criminales, para evitar su reproducción, sea un hecho corriente. ¿Debemos mientras se fije un plan completamente satisfactorio, permanecer indiferentes ante la seguridad de un daño de tanta trascendencia para la especie humana, cual es la herencia de cualidades impeditivas al progreso? No, ciertamente. Sería impropio resignarse a la inercia cuando la más rigurosa observación científica nos está diciendo que un gran tanto por ciento de pobres, vagabundos, de extravagantes, de borrachos, de prostitutas y de criminales son defectuosos de mentalidad; herederos involuntarios de una deficiencia de familia que les ha hecho contributarios inconscientes de los males que afligen a la sociedad.

Así, pues, el sociólogo y el eugenista están en el deber de buscar solución al problema. Ambos deben procurar la adopción de medios que eviten el mal de una degradación segura de la raza, en la que por su nacimiento pueden ejercer sus actividades. Es todavía muy frecuente oir hablar entre nosotros de raza casi siempre en un sentido desdeñoso para otras razas; y con cierto orgullo hacemos con cualquier motivo gala de un latinismo indiscreto. Sin duda la civilización latina ha sido grande; pero la obra total de la civilización es la obra de muchos pueblos; sin contar conque el cruzamiento ha acabado con la pureza de todas las razas, y el ser latino, cuando realmente se es, no basta, no debe bastar al menos para satisfacernos; hay latinos entre las tribus árabes, que viven como las razas bárbaras. Si nos conformáramos con las glorias pasadas de la raza, nos expondríamos a que se nos recordara en alguna ocasión lo que el del conocido cuento dijo al noble estulto y presuntuoso de su linaje: "Sí, Ud. todo lo bueno lo tiene, como las patatas, debajo de la tierra". Creo que existe algo superior al sentimiento de raza, y es el de humanidad. "La humanidad que no marcha ni a la unificación homogénea, ni a los antagonismos y y enemistades patrioteras" como ha escrito Pompeyo Gener; "ahora bien, por amor a la patria nos interesa, como representantes de la raza, elevar ésta más allá del punto en que la encontramos al venir a ella. Y para ello nos interesa, pero muy mucho, que el grupo más numeroso de los que la formen, tenga una mentalidad que le permita realizar obra de civilización, no copiada, sino original".

Que el sociólogo luche por un sistema de educación que no confunda niños normales y anormales en el mismo plan de enseñanza. Que los retrasados que puedan curarse hallen facilidades para en tiempo librarles de las causas que entorpezcan su desarrollo cerebral.

Que los que sólo pueden obtener un grado de instrucción en armonía con su capacidad mental, la obtengan. Que los débiles mentales hallen la protección necesaria para salvarlos de los peligros inherentes a su abulia, a su daltonismo moral, y que los que constituyen un peligro social por la reproducción de sus vicios y crímenes, hallen la debida y más eficaz restricción legal que se los impida.

En dos direcciones propone el eugenista combatir este impedimento que estorba al éxito de la acción encaminada al mejoramiento de una raza: Primero por la restricción del ignorante y del falto de inteligencia de contraer enlaces que seguramente habían de resultar en una prole defectuosa. Segundo, llamando a la razón de las personas inteligentes para que no se casen dentro de familias en donde se halle una tara hereditaria con la cual pueda su prole ser afectada. "Ser buenos animales", ha dicho Sir Herbert Spencer, "es el primer requisito para tener éxito en la vida; y ser una nación de buenos animales es la primera condición de prosperidad nacional". El porvenir de una raza descansa en la aplicación práctica de los principios que va descubriendo la ciencia eugénica, ya en su caracter positivo, creando sistemáticamente la mejor raza, ya negativo, previniendo la unión de defectivos para conservarla. Esta última es de aplicación al hombre, y la que más promesas trae para el mejoramiento social.

Una ascendencia libre de defectos trasmisibles, es un factor esencial en el bienestar de la presente generación. Lo es, para la que nos ha de seguir; que nuestros hijos, como nosotros, tienen derecho a buenos antecesores. Emerson, al decir que: "La educación de un niño comienza cien años antes de haber nacido", ha expresado en una fórmula sencilla todo lo que abarca el vasto problema social del mejoramiento de una raza.

Si nos interesa verdaderamente el porvenir de nuestra patria, procuremos poblarla con una raza grande por su calidad; raza que por herencia traiga a la vida y lleve a través de ella, y a su muerte trasmita energía, habilidad, moralidad, aspiraciones elevadas, rèligiosidad, todas las cualidades que ennoblecen al hombre. Es una ilusión creer que el origen de todos los daños sociales se halla sólo en el problema económico y en el educacional. Esto es no tener en cuenta que la más poderosa raiz de esos males es más honda, hay que irla a buscar al plasma-gérmen mismo; que éste sea bueno o malo; que el primero se propague, y que limitemos o impidamos la reproducción del segundo; ésta es la cuestión; porque mientras los gérmenes plasmas de los defectivos puedan legarse libre y abun-

dantemente, ni la panacea económica, ni la de la educación harán nada. "No hay riqueza, sino vida", ha dicho Ruskin; y no hay que olvidar que la educación sólo puede educar lo que la herencia haya legado al educando. No hay sistema escolar ni profesor que pueda hacer adelantar a un niño más allá del límite mental que ha recibido por legado de sus antecesores.

No es dar limosnas; no es castigar duramente al culpable; no es menospreciar los viciosos que el alcohol y la prostitución han llevado a la degradación, lo que ha de curar de raiz el mal. Hay una caridad más elevada que abarca todos estos casos, y es aquélla que persigue la extinción de las causas que engendran aquéllos males. Procurar que los hombres vengan al mundo libres de taras que los hagan irresponsables. "Que no hay base más sólida de la vida económica que la responsabilidad individual", como sostiene Richard T. Ely.

Amparados por la ciencia progresemos y civilicémonos con arreglo a las leyes naturales; no nos conformemos con aguzar la facultad del lenguaje y olvidemos otras facultades; el orden, el bienestar, el progreso no se conquistan con fórmulas literarias, sino con ciencia honda. Hay que luchar contínuamente contra el atavismo, principalmente en el concierto de las uniones maritales; evitando que predomine en ellas el instinto puramente animal de la reproducción, sobre las afinidades más elevadas que conducen a la creación del superhombre. Ayudemos a la evolución a beneficio de la cual el hombre se va despojando, en su marcha desde la brutalidad hacia la solidaridad, de la carga genealógica que le han legado sus lejanos antecesores.

El más sano de los patriotismos es aquél que procura la mayor suma de instituciones sociales capaces de producir el maximum de felicidad. Cuando laboramos por reprimir las imperfecciones físicas, las enfermedades y los vicios que dañan a la raza, estamos haciendo obra patriótica; y por cierto más permanente y de consecuencias más trascendentales; porque estamos creando la unidad sana, que sumada a otras unidades igualmente sanas, ha de dar nacimiento a un pueblo sano; única base en que pueden descansar las instituciones sociales que han de producir la felicidad individual y colectiva de los pueblos.

THE RELATION OF THE GENUS "MONILIA" TO CERTAIN (*) FERMENTATIVE CONDITIONS OF THE INTESTINAL TRACT IN PORTO RICO.

By Bailey K. Ashford, M. D., Major Medical Corps, U. S. Army, Sci. D., of a Board for the Study of Tropical Diseases as they exist in Porto Rico and collaborating with the Institute of Tropical Medicine and Hygiene of Porto Rico.

Throughout the last six years I have had an opportunity to observe more closely the large number of indefinite symptoms which make up what has been variously termed by us neurasthenia, anemia, chronic gastritis, gastro-intestinal catarrh, fermentation in the intestinal tract, fermentative dyspepsia, chronic gastro-enteritis of the tropics, "descomposiciones del intestino", culminating in such diagnoses as gastro-enteritis tropical, phthisis intestinal, and sprue.

Fully one-half of my own personal experience has been with those who suffer from what our patients are pleased to denominate "the stomach", meaning, nine times out of ten, the intestinal tract. The complaint usually is that they cannot eat without bloating; that, from time to time, they have "decomposition of the bowels"; that they are getting pale and losing strength in spite of what they eat,—all trying to overfeed in the hope of strengthening themselves. To this add the very large number who have, in addition, vague pains in the "kidneys" and the rest of the body, who become breathless on the slightest exertion, and who are extremely nervous. It has been entirely impossible for me to deny the self-evident fact that from the ranks of these people come the majority of our cases of true sprue, as so described, with its four cardinal symptoms,—sore and beefy tongue, a gaseous bowel, a foamy, light-colored, abundant diarrhea, and a small liver. It has been entirely impossible for me to dismiss the suspicion that sprue, as we know it, is usually only the terminal phase of that which we have so frequently seen in our daily profesional life and which we have contented ourselves heretofore in calling "fermentative dyspepsia", or any other descriptive term which seemed scientific and medical.

The strife which has taken place to determine the cause of that

(*) Read before the Medical Society of the Northern District of the Porto Rico Medical Association, March 18, 1915.

most terrible and fatal disease, still known by its Dutch name of sprue, has led men all over the world to variously consider it here a condition, there a disease; here due to a protozoon, and there to a fungus. Of late this strife has become acute, and some men are boldly asserting that no one has even proved that sprue is a disease.

Several years ago I had about concluded that sprue was a disease, and that it might be due to some parasite carried in certain fruits, particularly the pineapple. That was because a good many of my patients at that time, representing my worst cases, hailed from fruit-bearing districts. Then, unable to find anything definite in the pineapple theory, I began to believe that sprue was a disease like beriberi, considered to be an intoxication, but after taking careful histories my suspicions rested more and more upon the yeasts. With this strong suspicion in my mind I received one day a letter from Mr. John M. Turner, of this city, a pupil of Doremus, and a man who is very practical in his judgment of the value of flour and yeasts, in which he said that he believed that something was the matter with the yeast here, and he connected it in some way with sprue. Later on I was attracted to examine the tongue of a child of twelve years of age suffering from what appeared to be thrush. On culture, however, the organism did not ring true to what I had read of Oidium albicans, and from that time I have steadily devoted myself to the study of mycology as it applies to sprue. To Chalmers and Castellani is due the credit of furnishing a means by which we can distinguish between the various species of "Monilia", understanding that "Monilia" is a yeast-like body producing mycelial threads in its vegetative state in contradistinction to its congener, with which it has heretofore been confounded, "Saccharomyces", which reproduce in their vegetative condition by ascospores.

Up to the present time, since October, 1914, I have made cultures in Sabouraud's glucose agar 4%, $\times$ 2, from 100 tongues. I consider this medium as specific for Monilia as Loeffler's blood serum mixture is for Bacillus diphtheriae.

Twenty-two (22) of these were from cases of typical complete sprue, with actively inflamed tongues and with frothy diarrhea at the time of examination, and all were positive for Monilia at the first examination. Three of these patients have since died. This gives a percentage of 100 harboring Monilias in this group.

Forty-seven either had been cases of sprue under my care or had histories, present or past, which were more or less suggestive

of it. All save seven (7) of these had normal tongues. Of these 47 cases, 10 gave positive cultures for Monilia, 7 causing, if we accept moniliasis as the new term for sprue, the intestinal and 3 the tongue type. Of the seven which had inflamed tongues in this group, 3 were clearly cases of tongue sprue. The 4 negative were, as follows:

A baby of 4 months, with simple stomatitis of brief duration (4 days).

A teething, rachitic child of 18 months, with a severe entero-colitis.

An old man, with chronic entero-colitis.

A young man, father of one of the 3 cases of tongue sprue positive for Monilia, one of this series of 47. (Only one tube was inoculated, and with another effort the parasite might have been demonstrated.)

The percentage of cases positive for moniliasis of the tongue was 21.

Thirty-one (31) persons were examined who did not have sprue. Twenty-six (26) had no suspicion of sprue, past or present, and had normal tongues. Only one of this class was positive for Monilia. This case was one of a pale man who at first gave no past history of fermentation disturbance of his bowel, but who later recounted a history most suspicious of sprue of intestinal type. His wife had active complete sprue, and belongs to the first group.

Of the 47 cases suspected of sprue, the feces of four negative by the tongue were examined and three found positive. The remaining 33 are still to be investigated in this sense. Three of the 47 cases suspected of intestinal sprue on cultures from their feces were positive.

In all the feces of 10 of the 100, and one other, were plated and only the three above noted, and one of series 1 already positive for his tongue lesion were positive. Three of the remainder were cases of pellagra. The other three were from healthy persons.

RESULTS OF TREATMENT.

Treatment consists usually in the administration of food in which Monilia does not flourish and which it cannot ferment. There are three types of diet:

(1). A strict milk diet, giving 8 ounces every 2 hours on 9 occasions a day for 4 days, and thereafter increasing the dose by

1 ounce every 4 days until 13 ounces every 2 hours have been taken for one week. The milk should be taken cold through a straw slowly and half a culture tube of the liquid culture of the Bulgarian strain of the Bacillus acidus lacticus should be added to each feeding, for the purpose of overgrowing bacterial sources of fermentation. Upon reaching a dose of 13 ounces of milk, one banana a day should be added, and every 4 days one more for every ounce of milk to be subtracted per feeding. When 10 ounces of milk every 2 hours and 3 bananas a day are reached, the diet may be modified by gradually permitting eggs, fruits and fresh vegetables with a low carbohydrate content. After a few days on this diet the excess of gas usually diminishes, indeed, generally disappears.

(2). A strict meat diet, giving 2 lbs. of chopped and roasted meat per day divided into 6 feedings, 3 hours apart. Few can sustain this diet over a week, but almost without exception it stops the diarrhea. (Carnegie Brown).

After this week add vegetables, fruits and eggs as above and reduce meat.

(3). A simple fruit diet in which bananas may form the principal feature.

Of this series of 69 cases of sprue and fermentation conditions of the bowel:

12 were cured.

32 have improved, as a rule greatly, with gain in weight and color.

19 are still not sufficiently changed to warrant deductions.

2 have become worse.

4 have died.

MONILIASIS IN PORTO RICO

The organism is a typical Monilia. Its biologic characteristics are that it ferments glucose, levulose and maltose, that it causes an acid reaction in these three and in saccharose and galactose; that it does not liquefy gelatine nor serum; does not coagulate nor render acid milk, but, on the contrary, renders it alkaline; and that most other sugar mediums lose rapidly in acidity. In pure culture five drops of it were injected into the muscles of the tongue of a large Belgian hare, causing its death in seventy-five hours with enormous production of intestinal gas and diarrhea, but without sore tongue, the identical organism being recovered

directly from practically all of the organs of its body in pure culture a few hours after death.

The same organism—which, by the way, was one isolated from the tongue of one of our most beloved officials of the American Government here, and which has not long since caused his death—was fed in pure culture to a one-thousand gram guinea pig, causing, I suspect, its death three weeks thereafter. Culture from the organs of the body, save the tongue and stomach, however, were very disappointing and the histopathological picture in its intestines and stomach has not yet been worked out for lack of time. This animal also suffered from gas and diarrhea. Cultures of this organism were fed during a time to a monkey with malted milk. This monkey is still alive, but, although the feeding experiments have been stopped now about three weeks and the animal is being fed good rations, it having previously been fed on malted milk mixed with the culture, it is rapidly declining in health, becoming thin and sick with occasional sharp diarrhea. The last word must yet be said on this animal.

To sum up, animal experimentation seems to bear out in a general way that we are treating with a pathogen of low virulence and that we cannot expect to obtain any sensational sudden deaths from acute sprue due to feeding experiments, if, indeed, we are able to satisfy the scientific world that "Monilia" has been the determining factor in the death of any animal fed by its cultures.

What I particularly want to bring out tonight is the suggestive evidence presented by the examination of what now is a considerable number of tongues—of cases of sprue and those not sprue.

Bahr's conclusion that Monilia albicans is the cause of sprue in Ceylon requires some comment in this paper. With his reasons for and against considering sprue to be a moniliasis of the digestive tube, and his conclusions therefrom, you are now familiar. The conclusions drawn are the result of an interesting study of sprue in Ceylon for two years by a most distinguished group of English workers, and cannot be lightly criticized. Nor are we authorized to question their findings. But the work here demonstrates that the Monilia found in sprue in Porto Rico is not Monilia albicans, but an organism which has not heretefore been described. For the rest, his reasons for considering sprue to be a moniliasis of the intestinal tract are remarkably strengthened by the work here. He states that he has found Monilia in 57% of sprue tongues and 17% of normal tongues. I have found them in 100% of sprue

tongues and 3% of normal tongues. If you care to add my 7 cases of intestinal sprue with normal tongue, the percentage would be raised to 11, but this change would deny that the 7 were intestinal sprue.

I have not yet found Monilia albicans in Porto Rico nor does any one seem to have described my species in temperate climates. Hence, Low's chief criticism of Bahr's work, in which he practically denominates it a failure to prove the cause of sprue, does certainly not obtain here. This distinguished worker objects that a Monilia common in England without sprue could cause sprue in Ceylon. It is well answered by Bahr, who notes that regional influences may greatly affect identical organisms and make of pathogens of almost no virulence very dangerous parasites. As to Low's objection that the geographical distribution of sprue is in favor of his and Castellani's protozoal theory, let me say that we do not at all know the distribution of sprue, even clinically, because little has been written of it and a diagnosis is often difficult.

May not some of the pellagra of our Southern States be in realite sprue? It would be interesting to study some of the cases without skin lesions in which the diagnosis is pending between these two diseases. I have had so far three cases with stomatitis and white diarrhea which I considered sprue without moniliasis of the tongue but which later cleared up by the appearance of the pellagrous eruption.

While fully aware that it will be some time—perhaps many years—before the sum total of circumstancial evidence will point to Monilia as the unmistakeable cause of sprue, I wish to state my belief that sprue is moniliasis of digestive canal, and that in Porto Rico, at least, it is due, so far as I have yet gone, to the species which I have recently described in the course of work in the Institute of Tropical Medicine and Hygiene of Porto Rico.

I have found other monilias in the stool, which are still under study, but the examination of tongues seems to point overwhelmingly to sprue tongue as being caused by the Monilia I have described, and from a sprue tongue to intestinal sprue is only a matter of extension. It is difficult to explain how a protozoon could be affected by the treatment which has been found to be the **sine qua non** for the cure of sprue,—namely, the withholding of those articles of food which in my cultures of Monilia are proven to favor its growth and cause fermentation and acidity. In fact, apart from the remarkable consistency of my Monilia in sprue tongues and its

usual absence in uninflamed tongues, to me the therapeutic test is the most striking, for any one can take a case of sprue and, almost without exception, after an appropriate diet of milk, meat, or fresh fruits, or a combination of these, can dismiss inflammation of the tongue, gaseous distension of the bowel, diarrhea, and even, if you plase, much, if not all, of the cachexia. Is it not more than a coincidence that the withholding of carbohydrates is enough to cause an immediate betterment, for the time being, at least, and, generally, a temporary "cure" of sprue, which perhaps may be permanent? The very fact that some cases are permanently cured by these diets alone, without any medicine whatsoever, makes me extremely suspicious of the asseveration of Chalmers and Castellani that sprue is not likely to be a "mycosis", but is probably a protozoal disease.

In conclusion, I wish to call attention to the fact that I am now engaged in studying cultures from the excrement of persons affected with fermentative conditions of the intestinal canal in Porto Rico, and am finding with great regularity monilias which seem to correspond, in the few mediums I have sown, with those I am finding in true sprue, not forgetting that it is more than possible that in this dangerous genus Monilia there must be more than one pathogen for the intestinal canal. One must ever keep in mind that the clinical signs and symptoms of sprue depend largely upon the portion of the intestinal tract affected, an observation well brought out by Bahr. Thus, tongue sprue is called "Sapito", or thrush, here. It is common among children, and often is followed by a picture impossible to avoid denominating sprue. But many such cases promptly get well, and an incredulous smile is the only reward for suggesting that some cases of "thrush", at times of long duration, but strictly limited to the tongue, are really local sprue. I have a little patient who for six months suffered from tongue sprue alone, positive for Monilia, and utterly rebellious to all treatment so far employed, but some months previous to his tongue symptoms he had a three months' bout of white, frothy, abundant diarrhea without mouth symptoms. I have another such case of short standing, who was taken suddenly ill with 40° of fever, due to a malarial infection and a fiery red and desquamated tongue. She was a young school-teacher and gives a history of occasional gaseous disturbance of the bowels with frothy movements. No diarrhea, however, accompanied her tongue sprue. In fact, oscillation from simple tongue sprue to intestinal sprue and back again is typical of sprue. Whether there is more than one species of

Monilia that causes sprue or not remains to be seen, but the matter is one of vital importance and every effort should be made to assist the Institute of Tropical Medicine in investigating all cases, in which the diagnosis of sprue has been or should be made, to determine the presence or absence of monilias.

I cannot close this paper without requesting that some systematic effort to examine the bread in this Island for the presence of Monilia be made. I have found living Monilia in the center of a cooked loaf of bread, underbaked, of course. If to this fact it be added, that the Institute examined 10,140 country people in the mountains of Porto Rico last year for clinical evidences of sprue and we were only able to obtain 19 cases, some of which were even doubtful, while here in San Juan I have seen over 300 cases in the past six years. When we think also that country people in Porto Rico, such as live in the mountains and in distant barrios—such, in short, as form our clinics in the mountains—rarely eat bread, and that out of the 19 cases 11 were from the town of Utuado, these is another reason why we should fear Monilia infections of bread—if not fear, at least investigate—for the matter is becoming actually vital to the life and health of many people who are willing and able to spend the money to keep good health.

I take pleasure in inviting you to review in the Laboratory at hand, the cultures and stained and living specimens of this organism.

NOTA OFICIAL

LA CONFERENCIA MENSUAL DE LA ASOCIACION MEDICA DEL DISTRITO NORTE.

En los salones espaciosos del Instituto de Medicina Tropical e Higiene de Puerto Rico, tuvo lugar la conferencia el 18 de Marzo próximo pasado, a las 8 P. M., siendo el conferencista el Dr. Bailey K. Ashford, y el tema: "Los efectos de la Monilia en el canal Gastro-Intestinal en las condiciones fermentativas del mismo".

La reunión científica fué presidida por el Dr. José Gómez Brioso, presidente del Comité Científico y de Propaganda, haciendo de secretario el Dr. Agustín R. Laugier, secretario de la Asociación Médica del Distrito Norte. El acto fué muy concurrido, encon-

trándose presentes los doctores Ashford, Gutiérrez Igaravídez, Gómez Brioso, Gutiérrez Ortiz, del Valle Atiles (Francisco), Saldaña, Belaval, Avilés, Rovellat, Fernández Náter, Giuliani, Carbonell (José N.), González Martínez, Matanzo, Marcano, Manzano, Bernabé, Martínez Alvarez, Toro Cuevas, Laugier, López Sicardó, Jiménez, Aguirre, García Cabrera, Barreiro, el Major Basil H. Dutcher, Ruiz Arnau, y los señores licenciados en farmacia Agustín Blanco y José Loubriel, y el joven A. Palmer.

El Presidente, Dr. Brioso, abre la sesión, y en un breve discurso expone a los concurrentes los fines de la Asociación Médica del Distrito, de traer mensualmente ante la consideración de sus miembros, asuntos que atañen notablemente a la profesión y que en esta noche le toca el turno al Dr. Ashford, a quien presenta a los señores concurrentes. El Dr. Ashford, antes de empezar su conferencia le cede un turno por varios minutos al Dr. Gutiérrez Igaravídez, Director del Instituto, y a la vez Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico. El Dr. Gutiérrez Igaravídez dejó oir su elocuente palabra; hace historia del Instituto, acerca del trabajo científico que está realizando y pide la cooperación de los señores médicos presentes para mejor provecho y eficacia de la profesión.

Luego empezó su conferencia el Dr. Ashford, quien trató la materia con la competencia que le caracteriza. Aportó casos clínicos en pacientes tenidos por él, que fueron muy interesantes, poniendo de manifiesto cada vez más, la importancia del tema. Sostiene que el sprue, con sus marcados síntomas gastro-intestinales y en la lengua, es debido a la monilia y lo ilustra con un buen número de casos estudiados y comprobados, clínica y bacteriológicamente por él. (Su trabajo se publica en este número del **Boletín Médico.**)

El Dr. Ashford recibió merecidas congratulaciones y aplausos de la numerosa y selecta concurrencia, terminándose el acto a las 8 P. M.

REUNIONES DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO DEL DISTRITO NORTE.

El 17 de Enero, mediante previa convocatoria, a todos los miembros del Distrito para elegir la nueva Directiva del presente año, y bajo la presidencia del Dr. Rafael López Sicardó, se procedió a

la elección secreta de dicha Directiva, y el resultado del escrutinio fué el siguiente:

Presidente, Dr. Francisco del Valle Atiles, San Juan, P. R.; Vice-Presidente, Dr. José Marcano Rivera, Río Piedras, P. R.; Secretario, Dr. Agustín R. Laugier, San Juan, P. R.; Tesorero, Dr. Esteban García Cabrera.

Consejeros: Por 3 años, Dr. José Gómez Brioso, San Juan, P. R.; por 2 años, Dr. Gerónimo Carreras, San Juan, P. R.; por 1 año, Dr. José Esteban Saldaña, San Juan, P. R.

Delegados: Dr. Guillermo H. Barbosa, San Juan, P. R.; Dr. Manuel Fernández Náter, San Juan, P. R.; Dr. José H. Amadeo, Vega Baja y Toa Alta, P. R.; Dr. Salvador Giuliani, Vega Baja y San Juan, P. R.; Dr. Julio Barreiro Lago, Río Piedras, P. R.; Dr. Pedro del Valle, San Juan, P. R.; Dr. Rafael López Sicardó, San Juan, P. R.; Dr. Luis García de Quevedo, San Juan, P. R.; Dr. Francisco Matanzo, San Juan, P. R.

La nueva Directiva ha celebrado sesiones los días 7 y 14 de Febrero tratando asuntos de suma importancia. De acuerdo con la Constitución se nombraron las Comisiones del ritual de la manera siguiente:

Comisión de Propaganda y Ttrabajos Científicos: Presidente, Dr. José Gómez Brioso, San Juan; Vice-Presidente, Dr. José Marcano Rivera, Río Piedras; Secretario, Dr. Esteban García Cabrera, San Juan.

Comisión de Policía y Legislación: Presidente, Dr. Esteban José Saldaña, San Juan; Vice-Presidente, Dr. Jerónimo Carreras, San Juan; Secretario, Dr. Agustín R. Laugier, San Juan.

El Comité de Legislación y Policía de la **Asociación Médica de Puerto Rico**, se declaró en sesión permanente al abrirse la Legislatura de Puerto Rico, para atender a cualquier asunto de importancia que atañere directa o indirectamente a la profesión médica.

Muchos asuntos hanse estudiado y discutido y se escribió a los Presidentes del Comité de Sanidad de la Cámara de Delegados y del Consejo Ejecutivo, así como al señor Director de Sanidad, la inserta comunicación, que fué cortésmente atendida por todos, habiéndosenos dado ocasión para informar acerca del proyecto para la creación de una parte de optómetros, esperándose nuestro Comité en el sentido de no creerlo de absoluta necesidad al presente.

Igualmente se trabajó en el sentido de hacer enmendar el Art. 32 de la Ley Municipal, haciendo facultad de los Concejos

Municipales, y no de los Alcaldes, la distitución de un funcionario municipal, cuando éste sea un profesional con título facultativo.

El día 17 de Enero del corriente año se llevó a cabo la reunión de la **Asociación Médica** del Distrito Norte, resultando electos para la Directiva que ha de egir los destinos de la Asociación, los siguientes compañeros:

Presidente, Dr. F. del Valle Atiles; Secretario, Dr. Agustín R. Laugier; Tesorero, Dr. Esteban García Cabrera; Consejeros, Dr. José Gómez Brioso, por 3 años; Dr. Jerónimo Carreras, por 2 años; Dr. José Esteban Saldaña, por 1 año. Delegados: Dr. Guillermo Barbosa, Dr. M. Fernández Náter, Dr. José H. Amadeo, Dr. Salvador Giuliani, Dr. Julio Barreiro, Dr. P. del Valle Atiles, Dr. Rafael López Sicardó, Dr. Luis G. de Quevedo y Dr. Francisco Matanzo.

Con una Directiva compuesta de elementos tan valiosos, indudablemente que la **Asociación Médica** del Distrito Norte habrá de demostrar una gran actividad durante el presente año. Este **Boletín** se complace en felicitar a los funcionarios electos y a la Asociación del Distrito Norte.

A todos los miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico, que hayan variado de residencia últimamente o a los que de ahora en adelante lo verifiquen, se les ecarece que envíen a esta Secretaría de la Asociación una nota de su traslado, y nueva dirección para que el Secretario pueda cumplimentar sus obligaciones con la Secretaría de la Asociación Médica Americana, **a la cual está en el deber de notificar mensualmente** cualquier cambio de residencia o dirección de sus asociados.

NOTAS VARIAS

EL SUEÑO DEL DOCTOR.

Por **Víctor C. Vaughan, M. D. Ann Arbor, Mich.**
Presidente de la Asociación Médica Americana.
Traducido por Pedro del Valle Atiles, M. D. Arbor, Mich.

El Dr. Smith es un médico que practica en una de las más grandes ciudades del Oeste central. Es un hombre bien preparado,

un graduado clásico, que hizo su carrera profesional en una de nuestras mejores escuelas y su práctica en hospitales domésticos y extranjeros. Es un práctico general, y está siempre bien al día de todo lo que a su profesión compete. No pretende poseer conocimientos ni pericia univrsales; pero es concienzudo en su trabajo, y cuando se tropieza con algún caso que exije los conocimientos de un especialista, no titubea en llamar al mejor de todos. Posee un cómodo bienestar, exije buenos honorarios de los que pueden pagarlos, y hace mucho trabajo gratuitamente a los pobres. Es amado por sus clientes, altamente estimado por sus compañeros de profesión, y respetado por todos los que le conocen. Es un fino observador, sabe conocer los caracteres y no se deja imponer fácilmente de nadie. Aunque reconoce el valor de sus servicios, no se encuentra él en la práctica de la medicina con la esperanza de hacerse rico, pues su interés es principalmente humano y científico. Siente una gran simpatía por aquellos cuya ignorancia les hace pecar contra sus propios cuerpos, pero está desprovisto de sentimentalismo débil y jamás vacila en aconsejar y aún en reprender a sus enfermos, sin importársele su posición social. Durante sus veinte años de práctica en la misma localidad, se ha hecho conocedor de las virtudes y vicios de muchas familias.

No se preocupa del próximo milenario, mas sí se impacienta frecuentemente por la lenta marcha con que la raza se mueve hacia su mejoramiento físico, mental y moral. Uno de sus clientes es un gran manufacturero que da ocupación a muchos proletarios. El Dr. Smith ha indicado muy a menudo a este hombre, que aumentando el salario de sus operarios, multiplicaría muchas veces la actividad de ellos, sobre todo proporcionándoles salones con mejor luz y más ventilación y demostrándoles más trato humano. Otro se encuentra al frente de una gran casa mercantil, que emplea dependientes a sueldos ínfiimos, imponiendo al mismo tiempo condiciones insoportables. Una señora rica da pródigamente a la iglesia y para caridades, de las rentas que le producen sus casas alquiladas a la prostitución. Otro de los clientes del Doctor es un pulpero que "vende huevos falsificados" y "otros productos similares" garantizados todos por "la ley de alimentos puros". No continuaremos la lista de los clientes del Doctor, no debiendo inferirse de ello que son todos malos, porque eso no sería verdad. La mayoría de ellos son gente hnrada, concienzuda, como ocurre en todas las comunidades. Nuestro país cuenta con una población de cerca de cien millones. Millones de éstos son ciudadanos decentes, respeta-

bles, no completamente sabios, pero en su mayoría bien intencionados. Miles son brutales en sus instintos, criminales en sus propósitos y propagadores de su especie. Pretendemos ser civilizados, pero existen entre nosotros individuos tales que si intentaran vivir entre salvajes serían muertos a pedradas.

Pero es tiempo ya de detenerme en este paréntesis y volver al sueño del Dr. Smith. Un cierto día de Noviembre pasado, estuvo muy ocupado, aún para él, que las horas ordinarias de trabajo son el doble de las legales. Durante las horas de oficina había visto muchos casos que le ocasionaron profundo interés. Uno de ellos fué William Thompson, el hijo de su antiguo amigo y compañero de clase, ahora juez Thompson. William ha terminado sus estudios en la vieja Universidad y es actualmente un embrión de abogado que promete seguir los pasos de su honrado y honorable padre; pero perteneció a una fraternidad de disolutos, y vino esta mañana a ver al Dr. Smith para enseñarles unas manchas cobrizas y una úlcera que tenía en su cuerpo. Diagnosticó fácilmente el Dr. el caso, y le indicó a William que su cuerpo estaba convertido en un tubo ambulante de cultivo de spiroquetas, fuente constante de peligro para todo el que se pusiera en contacto con él, y que serían necesarios años de tratamiento para ponerle sano otra vez. Encontró el Dr. en el labio de una muchacha, hija de otro antiguo amigo, un chancro que le comunicó con un beso su novio, hombre prominente en la iglesia y de otros círculos sociales. Vió un caso de gonorrea en una niñita de pecho, adquirida de la madre, esposa de un obrero. Hubo de prestar atención también a un caso de oftalmía purulenta en un jovencito, cuyo único pecado había sido usar la misma tohalla que su hermano atacado de gonorrea. Varios casos de tuberculosis avanzada en personas a quienes médicos de ménos conciencia, habían asegurado que la tos que tenían era simplemente una molestia bronquial, hizo lamentar al Dr. Smith la falta de pericia y de honor entre algunos de sus hermanos de profesión. Una pérdida rápida de peso en un amigo demasiado ocupado para entretenerse en ir a ver a su médico más anticipadamente, resultó ser una diabetes descuidada. Otro caso fué el de un activo hombre de negocios a quien oscurecimientos frecuentes de la vista y dolores de cabeza repetidos durante varios meses, no fueron causa suficiente para hacerle ir a ver a su médico; resultando, que estaba padeciendo de la enfermedad de Bright, que debió haberse diagnosticado más pronto. El análisis de la orina, el oftalmoscopio y la presión sanguínea demostraron lo serio de la situación. Un tu-

mor en un pecho de la esposa de un antiguo y respetado amigo, presentaba evidencias de envolver extensamente las glándulas de la axila y la operación demandada prometía un alivio temporal solamente, cuando si se hubiera practicado meses antes, se hubiera podido quitar todo el tejido enfermo.

Al hacer su visita diaria había experimentado el Dr. Smith ciertas cosas, tanto entre la gente bien acomodada como en la pobre, que habían traído ante su vista nubes más oscuras que las que flotan en un pesado día de Noviembre. Hacía más de un año que había sido considerado como un extraño en la familia de uno de sus más viejos y mejores amigos. La ruptura de esta amistad, que había existido desde los primeros tiempos del ejercicio de su profesión y durante la cual había compartido tristezas y alegrías con aquellos que estaban a su cuidado, había arrojado una sombra oscura sobre la vida del Doctor. El había oficiado en el nacimiento de cada uno de los cinco hijos de su amigo, y sentía un afecto paternal, y orgullo al verlos crecer convirtiéndose en robustas mujeres y hombres fuertes. Hacía poco más de un año que llegó a su noticia que la más lista y mayor de estas jóvenes, una bellísima y saludable criatura de diez y ocho años, se había comprometido con un joven que él sabía que era un libertino. Con espíritu altruista había ido a donde el padre y la madre y había protestado contra el sacrificio de su hija. Esta bien intencionada intervención fué recibida con una violenta acogida, y el Dr. fué rudamente lanzado de la casa de su amigo. Pero cuando la joven, cuya vida con el infiel marido la había hecho sentir muchas veces su fatal capricho, sintió los primeros dolores del alumbramiento, rogó a sus padres que fuesen por su viejo amigo, y aquella misma mañana él le extrajo un niño sifilítico. ¡Que diferencia con los otros alumbramientos en que él había actuado de comadrón en la casa de su amigo! Había sido la costumbre de la familia convidar al médico a una comida al cumpleaños de cada uno de los cinco niños, y uno de éstos llevaba su nombre. Para éste primer nieto no habría fiesta de cumpleaños, y ¿cuál sería el futuro de la joven madre? En verdad que aquel día de Noviembre, estaba cargado de nubarrones para el Dr. Smith, aún antes que su luz grisásea empezara a despertar a la dormida ciudad. Mientras andaba la corta distancia de la casa de su amigo a la propia, se iba doliendo tristemente de la suerte de las miles de hijas que habían de ser sacrificadas antes de que los padres les permitieran marchar a la luz de la ciencia y no en las sombras de la ignorancia. Luego de haber almorzado

muy parcamente, leyó en el periódico de la mañana, que el anuncio de "Efectos dañados" que había de darse en su Universidad, había tropezado con una tal tempestad de protestas por parte de los sapientes miembros de la facultad, que se había cancelado el contrato. "Seguramente, dijo él, que los grilletes del remilgo y de la costumbre atan tanto al sabio como al ignorante".

Después de las horas matinales de oficina, visitó el Dr. Smith sus enfermos del hospital civil. Aquí está una ruina producida por la intoxicación cocaínica, veneno comprado en la farmacia de un político local prominente. En una celda acolchonada, está un hombre atacado de "delirium tremens", cliente de una dorada taberna, propiedad de otro cacique político. En la sala de partos hay una docena de muchachas seducidas en los salones de bailes, con alcobas de beber. El tiempo librará a estas muchachas de los productos de la concepción, mas, largo tiempo necesitarán para librarse de las enfermedades que han contraído; pero en ningún tiempo pero en ningún tiempo se lavarán las manchas de sus vidas; y ¿qué diremos de los niños sin padres, próximos a nacer? Hay treinta camas ocupadas con tifosos, quienes bajo las mejores condiciones podrán pasar dos semanas esclavos de la fiebre, la que día tras día, gradual pero inexorablemente, aprieta su garra. La lengua saburrosa, los ojos vidriosos, los carrillos rojizos, pulsos pequeños, cuerpos extenuados, cerebros delirantes: todo esto debido a que un poderoso manufacturero tenía conectada su alcantarilla privada con el río arriba del acueducto. A la codicia y la ignorancia de una firma comercial se le había consentido poner en peligro las vidas de medio millón de personas.

En sus visitas a las familias se tropieza el Doctor con estados igualmente lamentables. Una madre cariñosa ha aplicado ignorantemente remedios caseros a uno de sus niños enfermo de la garganta. Las placas membranosas extendiéndose de las amigdalas hacia el conducto nasal y hacia abajo dentro de la laringe, la faz cianótica acompañada de respiración laboriosa indican que aún la acción curativa mágica de la antitoxina de la difteria, ese maravilloso descubrimiento de la medicina moderna, será inútil en este caso individual. Los demás niños fueron tratados con dosis inmunizantes y el doctor tiene por lo ménos el consuelo de saber que la muerte solamente ha hecho su agosto en uno de los niños de la casa, condenado por la ignorancia de su propia madre.

La próxima visita la hizo el Dr. Smith a una casa en que las condiciones eran igualmente deplorables, pero aún más inexcusa-

bles. Uno de los niños había sido mordido, hacían unos meses, por un perrillo vagabundo, que desapareció pronto de la vecindad. La herida fué solamente un rasguño y pronto quedó olvidada. Ahora el niño presentaba los primeros síntomas de esa horrible enfermedad, la hidrofobia. Pero los perros no deben llevar bozal; pues así lo declaran mujeres que han formado una sociedad para evitar la crueldad contra los animales, lo que no les impide a ellas ostentar en sus sombreros plumas arrancadas de animales vivos.

No deberá deducirse por ésto que todas las experiencias del Dr. Smith en aquél día de Noviembre eran tristes. Los hombres son mortales; no todas las enfermedades pueden evitarse, ocurren accidentes y penosas molestias. Este mundo no es un Edén y por consiguiente nadie espera ver que desaparezcan todas sus tristezas. La decadencia y la muerte se acercan a medida que los años avanzan. Fuerza y debilidad son términos relativos y los que poseen la primera deben deben ayudar a llevar las cargas a los afligidos con la segunda. El Dr. Smith, siendo un hombre pertinaz, razonable y científico, no es utópico y frecuentemente experimenta en los cuartos de los enfermos cosas que aumentan grandemente tanto su interés como su confianza en el hombre. El ha visto jóvenes vigorosos negándose así mismos muchos placeres con el fin de alegrar su camino a viejos y enfermos, dando una mano los afortunados a los que no lo eran, y los inteligentes a los ignorantes. Nadie mejor que el médico de la familia puede medir y apreciar la bondad innata que brota sin esfuerzo del corazón de la humanidad. Es difícil para un médico de experiencia el condenar sin reserva a nadie, inclinándose más a considerar todas los pecados debidos a herencia o a condiciones de ambiente. Sin embargo, debemos admitir que en este día el Dr. Smith había visto muy poca claridad, y que las nubes que se habían aglomerado a su alrededor, habían ocultado las virtudes y aumentado grandemente los vicios de su comunidad, y esto era especialmente verdadero con respecto al vicio de la ignorancia, pues la ignorancia que resulta perjudicial al prójimo, no es solamente un vicio, sino un crímen bien que sea moral y no establecido por la ley.

Tarde aquella noche, estando sentado el doctor frente al hogar, se quedó dormido, y hételo aquí con sus enfermos de un modo hasta el presente desconocido para él. Su antesala está llena de gente, viejos y jóvenes de ambos sexos, que han venido a ser examinados con el fin de saber su verdadero estado de salud. Un joven, antes de proponer matrimonio a la mujer de su gusto, desea ser exami-

nado escrupulosamente. El desea saber que al ofrecerse, no va a acarrearle ningún perjuicio a la mujer. Quiere ser padre de niños sanos y no quiere transmitirles ningún defecto de importancia. El pide al Dr. que le examine tan cuidadosamente como si estuviese asegurándose la vida por una gran cantidad. El doctor le hace un examen físico completo, analiza las secreciones y la sangre con el más minucioso cuidado. El conoce su propia responsabilidad, y sabe apreciar el alto sentido de honor de su enfermo. Por las mismas razones una señorita ha dilatado el responder al hombre que ha pedido su mano, con el fin de que el doctor pueda examinarla.

Aquí está su viejo amigo Mr. Stone. Mr. Stone está ya en sus cincuenta. El ha sido un hombre de negocios honorable, que ha tenido grandes éxitos y goza con las buenas cosas que su esposa le prepara para su alimentación. Un cuidadoso análisis de la orina, obliga al doctor a recomendar a Mr. Stone a que reduzca los hidrocarburos en sus emidas. Mr. Perkins, abogado que gasta todas sus energías en cada caso que toma a su cargo, y en estos últimos tiempos ha notado que se irrita fácilmente; la secreción urinaria muy aumentada, y la presión sanguínea algo elevada. Le son prescritas preventivamente unas vacaciones, ligero ejercicio y mucho descanso. La señora Williams, después de haber sido examinada por el Dr. Smith, sufre una ligera operación bajo la anestesia local y queda libre de las primeras y únicas células cancerosas de un pecho. Richard Ros, que se está preparando para emprender un largo viaje, se vacuna contra la fiebre tifoidea, enfermedad que no existe en la ciudad del Dr. Smith, desde que se evitó la contaminación de las aguas. John Doe, mineralogista experto, deseando hacer algunos trabajos en lugares muy elevados, se hace examinar el corazón.

Hay muchos que desean hacerse examinar los pulmones. Esto lo hacen el Dr. Smith y sus ayudantes del modo más completo y moderno, aconsejando a cada cual de acuerdo con el resultado del examen. Hace ya muchos años que el Dr. Smith vió el último caso de tuberculosis pulmonar avanzada y la plaga blanca será muy pronto una cosa del pasado. Todos van a donde el médico, dos veces al año, para ser examinados minuciosamente; el resultado del examen se registra permanentemente y nunca se hacen dos exámenes consecutivos por un mismo médico, con el fin de que si algo ha pasado desapercibido para uno no lo sea para el otro. La medicina curativa ha sido ventajosamente reemplazada por la preventiva. Las casas de vecindad ya no se conocen; la prostitución, y con ella

las enfermedades venéreas, han desaparecido; ya no se necesitan instituciones para debilitados mentales, porque ya no pueden ser procreados; la locura decrece rápidamente porque sus principales progenitores—el alcoholismo y la sífilis—han sido suprimidos. Estas y algunas otras agradables visiones se presentaron al Dr. Smith en su sueño, del cual lo sacó el timbre del teléfono que tenía a su lado. La llamada decía: "Venga pronto a la bodega de Pat Ryan en la esquina de Myrtle y Segunda. Ha habido una pelea de borrachos, traiga los instrumentos de cirugía". Entonces las sonrisas que habían jugueteado en la faz del doctor durante su sueño, fueron reemplazadas por líneas severas al penetrar dentro de la oscuridad de la ignorancia y del crimen.

Hay muchos Drs. Smith que han visto agradables visiones en sus sueños, y se han encontrado con crueles realidades en las horas de vigilia. Cerca de cincuenta mil Doctores Smiths componen la Asociación Médica Americana, la cual está gastando miles de dólares anualmente en tratar de educar al pueblo de modo tal, que pueda evitar las enfermedades. Los Doctores están pidiendo que organizaciones sanitarias de la nación, del estado, del municipio y rurales se las haga más efectivas, que pueda utilizarse el conocimiento ganado en el estudio de la etilogía de las enfermedades. El mundo ha visto lo que se ha hecho en la Habana y en la zona del Canal, suprimiendo la fiebre amarilla y la malaria, y cómo los puntos más apestados de la tierra se han convertido en lugares habitables para el hombre. La medicina científica ha demostrado ésto; el mundo ha aplaudido, pero es muy lento en la aplicación de las reglas de la higiene.

El Dr. Foster había tenido el mismo sueño del Dr. Smith, cuando os decía en 1909: "Miro hacia adelante con confianza a la época en que las enfermedades evitables serán evitadas, y cuando las enfermedades curables serán reconocidas a tiempo para ser curadas, y creo que los más grandes triunfos de la civilización serán los timbres de gloria que se obtendrán de la realización de todas las posibilidades de la medicina preventiva".

El profesor Fisher, uno de los más árduos e inteligentes estudiantes de la profilaxis de las enfermedades y de la prolongación de la vida, ha dicho que: "por medio de la aplicación inteligente de nuestros conocimientos presentes, se podría aumentar el término medio de la vida humana en quince años completos".

Ha sido propuesto que las compañías de aseguros de vida procuren prolongar las vidas de los asegurados, facilitándoles exámenes

médicos gratis a ciertos intérvalos. Se ha demostrado que con con toda probabilidad eso beneficiaría a las compañías en cuanto a la longividad de sus asegurados y consecuentemente al mayor número de premios que tendrían que pagar. Este es un buen negocio y yo espero que las compañías lo inauguren, demostrando así que paga el disminuir las enfermedades, y prolongar la vida. Unamse los aseguradores a los doctores y ayudarán al gran trabajo, de elevar la raza por medio de la eradicación de las enfermedades y muerte prematura. De este modo podríamos precipitar la llegada del hombre superior, convirtiendo en realidad el sueño del doctor. Yo confío en que se haga ésto, no por lo que pueda producir, sino por el grandísimo servicio que prestaría a la humanidad.

Ahora bien. ¿Es ésto un sueño extravagante?

¿Es absolutamente imposible, que por lo menos, parte de este sueño no pueda hacerse una realidad?

Muy recientemente, Mr. Hoffman, de la compañía la "Prudential"—y nadie mejor informado en estadísticas que él—ha demostrado que si el tanto por ciento de mortalidad por tuberculosis en 1901 en este país hubiese continuado hasta, e incluyendo el 1910, hubieran habido 200,000 defunciones más que entonces.

El término de edad de las personas que mueren de tuberculosis es treinta y cinco años. La conclusión que Mr. Hoffman saca de sus estudios, y no hay duda de su exactitud, es la de que en un agregado se han añadido más de un millón de años a la vida humana, solamente por virtud del ligero esfuerzo que ha hecho el pueblo para disminuir la mortalidad por la tuberculosis.

Desde 1882, época del descubrimiento del bacilo de la tuberculosis hasta la presente, abarcando a todo el mundo civilizado se ha reducido en un 50% la mortalidad por esta plaga. Justamente una mitad de lo que hubieran sido las defunciones si las cosas hubieran continuado como hasta aquella época. Ahora bien, si ésto ha podido hacerse, ¿cuánto más no se podrá hacer? Mr. Hoffman, sin embargo, dice muy apropiadamente, que no va a ser cosa tan fácil librarse del otro 50% de defunciones como del primero. Es mucho más difícil llegar a las causas más hondas de esta enfermedad, y a su transmisión, y deberá hacerse un esfuerzo mucho mayor.

Me perdonaréis si os señalo dos o tres modos por los cuales la medicina profiláctica os ha servido, gracias a la labor de la Asociación Médica Americana, se han barrido de la nación, prácticamente, todas las malas escuelas de medicina. El número de escuelas ha sido reducido desde 163 a 116 y se están obteniendo mejores resul-

tados. Esto es lo primero. En segundo lugar, la fiebre tifoidea, tanto como la tuberculosis, ha disminuído notablemente. En 1898 de cada cinco hombres enlistados en el ejército de los Estados Unidos, uno desarrollaba la fiebre tifoidea. Ménos de diez años después, cuando se mobilizaron 17,000 hombres para Texas, solamente uno en los 17,000 adquirió la enfermedad. ¿Es pues, visionario el beneficio que puede obtenerse de la medicina preventiva? ¿Podrá realizarse este sueño? Además, cada vez que el médico mejora sus métodos diagnósticos, os presta un servicio. Creo que es aún muy temprano para hacer un cálculo definitivo, pero con seguridad que el ahorro que las compañías de aseguro hacen, solamente con el examen de la presión de la sangre, debe ser notable. Este examen ha salvado a las compañías de muchos casos peligrosos que hubieran muerto pronto. No quiero yo decir en esto que deban ustedes nada por esto a la profesión médica, pues la profesión no ha hecho ésto por vuestra conveniencia. Lo ha hecho por los asegurados, por millones de personas—y la Asociación Médica Americana, compuesta de cincuenta mil doctores en este país, se está gastando hoy setenta mil dólares, únicamente con el propósito de educar al pueblo, para que aprenda a evitar las enfermedades.

Hacen algunos años tuvimos en Michigan un Gobernador a quien se acusaba de ser muy iliterato. Le ví presidir la Asociación Americana de Sanidad Pública y le habló a los doctores allí reunidos con el propósito de evitar las enfermedades y les dijo: "Si duante mi carrera oficial fuese yo llamado a presidir una reunión de abogados, reunidos para evitar litigios, diría yo entonces con Simeón, "Señor, deja a tu siervo partir en paz, porque mis ojos han visto tu salvación".

Deseo decir a Mr. Cox y otros abogados aquí presentes, que casi ha llegado el tiempo en que los abogados no anden a caza de precedentes en el lóbrego y místico pasado, sino de hacer leyes nuevas destruyendo todos los otros precedentes, con el fin de mejorar la raza. Para esto estamos todos aquí y os doy las más expresivas gracias.

LA EPIDEMIA DE FIEBRE TIFOIDEA EN BARCELONA

La **Gaceta Médica Catalana** dedica todo el númrro correspondiente al 15 de Febrero de 1915 al estudio de la epidemia de tifoidea que azotó últimamente a Barcelona. En la imposibilidad de

reproducir todo el trabajo, trasladamos a nuestras columnas el que suscribe el reputado Dr. L. Comenge, Director del Instituto de Higiene Urbana.

"¿ QUOUSQUE TANDEM ?

Al señor don Rafael Rodríguez y Méndez.

La Ciudad.—Merced a su vital empuje y a su enorme fuerza expansiva, tres veces rompió Barcelona el cascarón de sus murallas; en los últimos decenios hase desbordado la ciudad y majestuosa, solemne, ya sembró de casas y palacios el fértil llano, de río a río, desde las orillas del mar a las verdes laderas de los vecinos montes y bandadas de viviendas señoriles trepan, como blancas avecillas y reposan en la enhiesta cumbre del Tibidabo.

Imán de forasteros siempre fué la capital del Principado; la crecida inmigración y el ingénito vigor de la tierra empujaron su aumento constante, tumultuoso a veces, y, por ende, su urbanización incompleta, a zarpazos, presurosos y con provisional laboreo, cosa, por otra parte natural, donde el anhelo dominador y culminante ha sido la aquisición y goce de riquezas con todo su boato antes que los miramientos y exquisiteces sanitarios.

Y, así, esta capital, la de exhuberante vida, de ideales vastos, de espléndida topografía, disfrutadora de uno de los parajes más hermosos y plácidos, bañando sus pies en las rientes ondas latinas, recostada en alfombra de perenne verdura y acariciada por el murmullo y aromas de los densos pinares... **higiénicamente es una desdicha**, sí, y no se la puede llamar hermosa porque la belleza está enemistada con el desorden y con la suciedad.

Esta Barcino, que aun ostenta costumbres medioevales y barriadas moranas, ha edificado modernamente multitud de viviendas por sólo el afán de lucro, sin miras a la salud y sin propósitos de comodidad; en el caserío constituyen legión lo cuartos infectos e indecorosas moradas y son tan contadas las económicas como las higiénicamente acondicionadas. El cutis o suelo ciudadano, descuidado o primitivo, siempre está sucio de polvo, de fango y de residuos infectos; en la maraña de callejones y angostas calles se notan vías semejantes a profundas trincheras reñidas con el aire y el sol; sus vecinos impurifican la atmósfera con emanaciones industriales y caseras y un cinturón asqueroso de estercoleros e industrias nocivas oprime a la ciudad, donde ls alimentos, por añadidura caros, son, no siempre puros y con frecuencia, por la codicia, mermados. Los intes-

tinos urbanos, decrépitos, averiados, sedientos, no llenan su misión, extendiendo la infección al subsuelo, a los edificios y llenando de pestíferos miasmas el ambiente.

A Bacelona, donde la existencia es difícil y el fausto y el lujo se reservan con predilección para ostentosas fachadas, comercios y conventos, a Barcelona, digo, le falta, higiénicamente hablando... ¡lo indecible!... y aguas abundosas asequibles para todos, de subida pureza y ésta defendida en su captación y conducciones.

El conflicto.—Deteniendo el pensar en tales y tan vetustas deficiencias, no parecerá extraño que la vecindad barcelonesa venga sujeta, martirizada, corroída por la influencia de los gérmenes tifódicos con exacerbaciones otoñales muy rigurosas en determinados años.

Pero la experimentada al final del retropróximo fué excepcional, revistió los caracteres de una verdadera catástrofe, de un conflicto sanitario desusado.

Ocurrió que nuestra ciudad, contristada ante los horrores de la guerra mundial y temerosa por las posibles salpicaduras de la misma, adormecida en punto a sanidad e inerme para luchar contra gigantes invasiones epidémicas, notó, son sobresalto, el inusitado crecimiento de calenturas tifoideas, el modo de subir, a fines de octubre, la cifra de los muertos y, en breve, como derribados por torbellino pestífero, cayeron en el lecho, heridos por el mal, cientos, miles de personas en su mayoría jóvenes, robustas y habitantes, en su inmensa mayoría, en el casco antiguo de la población y derecha del Ensanche, formando un manchón epidémico tifódico, sin duda, aproximadamente limitado por la calle de Provenza y el mar, Ronda San Antonio y oriente de la ciudad.

Con vertiginosa rapidez se propagó el contagio y se extendió el incendio morbífico, con indecibles trastornos doméstics, quebrantos morales y materiales y ello unido a la imposibilidad de atender con escrupulosidad y método las urgentísimas necesidades y demandas del atribulado y sin ventura vecindario.

La asistencia casera, la hospitalización y aislamiento, los servicios médicos, higiénicos, sanitarios y fúnebres se resintieron de la magnitud de la catástrofe, del aumento de perentorias atenciones, pobreza de recursos comunales y dubitaciones y zozobras. Tal conmoción en los espíritus y tal vértigo en los socorros se deduce al consignar que en breve plazo, desde últimos de octubre hasta las postrimerías de 1914, ocurrieron, contando por bajo, en las partes de la ciudad señaladas, unos 30,000 enfermos infecciosos, y todos, como es

sabido, de temible, larga dolencia y fatigoso asistir... con 2,043 óbitos.

Pero realmente, la causa de la inolvidable calamidad fué, en síntesís..., usted lo sabe muy bien, que una de las arterias que alimentan de agua potable a la ciudad, la conducción áquea, desde los manantiales de Moncada a Barcelona, por defecto de construcción o por injurias del tiempo y del uso, se había agrietado, se había ulcerado el vaso y por las llagas penetraron a montones microbios patógenos y con predominio los generadores de la fiebre tifoidea, que de esta forma llegaron a las fuentes públicas y privadas, a la intimidad de las viviendas, al seno de las familias, esparciendo la enfermedad, el llanto y el luto entre el vecindario consumidor de aquellas aguas, según revelaron análisis bacteriológicos oficiales y ratificó la topografía epidémica.

¿Qué procedía de momento para atajar el daño y disminuir siniestros?

Averiguada su causa bacteriana, suprimir el agua contaminada, no teniendo la seguridad de que el vecindario la usaría tan sólo hervida; recomendar la abstención de alimentos y el uso de objetos que pudieran ser vehículos de contagio y proporcionar aguas no sospechosas por su origen o por la ebullición, aparte de otros acuerdos que sería prolijo evocar, mayormente cuando son de todos los peritos conocidas y de usted que en ellas, con su sabiduría, intervino.

Razonable era que se indagase el número, entidad y situación de las filtraciones para recomponerlas al punto y, en último trance, colocar otro vaso conductor de oro, de plata, de acero... que todo gasto y diligencia serían exiguos ante las ventajas sanitarias que la ciudad reclamaba...

Enseñanzas.—Muchísimas, incontables, de trascendencia suma en el terreno médico, higiénico y social, mazorca de áureas y benéficas conclusiones, si bien se aprovechan; por la trágica forma de adquirirlas, lágrimas son amarguísimas que la ciencia y filantropía de todos trocar deben en preciosas, diamantinas reformas urbanas. ¡Ojalá sea esta epidemia sonoro aldabonazo en la conciencia de los encargados de llevarlas con método, prudencia y rapidez a la práctica!

El que esto escribe, amigo don Rafael, no desea meter la hoz en mies ajena, y así, dejando a los autorizados por sabios tratar de modalidades clínicas, de métodos higiénicos y terapéuticos; de discurrir acerca de la vida y evolución de los dañinos gérmenes, de los

problemas a resolver, de las obras a plantear, de las leyes que acatar o escribir, etc., se concreta a poner remate a estas líneas consignando a título de curiosidad científica:

1.° Que de 7,800 individuos inmunizados contra la peste bubónica en Barcelona, ninguno ha fallecido de fiebre tifoidea ni sufrió esta infección con carácter grave, según prolijas investigaciones.

2.° Esta coincidencia feliz se ha observado en el personal de Higiene Urbana, traperos, empleados en la limpieza de cloacas, basureros, operarios de fábricas y vecinos de barriadas castigadas por el bacilo de Eberth.

3.° Existen ejemplos elocuentes que inclinan a admitir dicha coincidencia, como los referentes a establecimientos fabriles y hogares donde sólo padeciera la fiebre **tifoidea** los que no se quisieron inmunizar contra la **peste inguinaria.**

4.° Conócense pocos casos en que el sujeto adquiera la fiebre tifoidea dentro de los primeros días siguientes a la inyección antipestosa; los que enfermaron salieron bien del ataque.

Con carácter provisional y esperando ratificaciones de la práctica y del laboratorio, transcribo los cuatro párrafos anteriores, que demostrarán a usted que, en medio del vértigo de trabajo que sobre nosotros ha pesado, hemos mirado con interés cuanto concierne a la epidemia.

Lo importante ahora es que ésta no se repita, y lo conveniente y digno que los gérmenes de la **tifoidea**, como los de la **viruela**, no hallen en Barcelona, como hasta hoy, vergonzoso y abonado terreno, lo que no se logrará en tanto persistan los defectos sanitarios al principio apuntados y otros que guarda el tintero.

¿Hasta cuándo, por fin, durarán ellos?

Suyo afectísimo,

Dr. L. Comenge.
Director del Instituto de Higiene urbana.

DIARREA TROPICAL

(Sprue)

Esta comunicación es una de las más importantes contribuciones al conocimiento de la diarrea tropical (sprue), que ha aparecido durante los últimos años.

Después de estudiar las condiciones físicas y climatéricas de Ceylan, en donde fueron observados los casos, el autor hace una

distribución geográfica de la diarrea tropical (sprue), llamando la atención a los casos originados en Holanda y en Alemania.

Pasando a la distribución de la enfermedad en Ceylan, llega a la conclusión de que no existe una notable preponderancia en ninguna localidad. El punto inmediato tratado es la ocurrencia de la enfermedad en los nativos, de cuyos casos el autor ha reunido diez y siete casos que comprenden miembros de todas las principales razas nativas que habitan la isla. Entre los Burghess también fueron vistos 8 casos, y 5 de 36 europeos eran individuos que habían nacido y jamás habían abandonado la isla. De los 36 europeos, 19 eran mujeres; y cuando se recuerda que la proporción de hombres y mujeres europeos es de 2 a 1 %, se puede admitir que la enfermedad es mucho más común entre las mujeres que entre los hombres.

Pasando ahora a examinar el ambiente y las enfermedades que predisponían a la diarrea tropical (sprue), el autor no pudo encontrar evidencia para sostener la creencia popular de que la enfermedad esté relacionada ni con la carcoma de las casas ("dry-rot-bungallows") ni con ataques previos de disentería.

Acerca de la infectividad de la enfermedad, las conclusiones del autor son que su ocurrencia en personas cercanamente asociadas entre sí, son demasiado frecuentes para ser accidentales.

Tratando de los síntomas, el autor clasifica la enfermedad bajo dos títulos, "completa" e "incompleta"; la primera incluye aquellos casos en los que se observaron los síntomas usuales, tales como diarrea o las lesiones típicas de la lengua, son las únicas manifestaciones.

Investigando varios puntos clasificados bajo el título de patología clínica, el autor sienta, con respecto al color de las disposiciones, que los pigmentos billares deben estar alterados durante su pasaje a través de los intestinos, porque la bilis que se halló siempre en la vejiga de la hiel de los autopsiados era de color normal. La reacción de las deposiciones era invariablemente ácida, y esta acidez era probablemente debida al ácido láctico o butírico, y no al hidroclórico. La tripsina no se encontró en las deposiciones El examen de la orina no reveló nada de importancia. La saliva era siempre ácida, cuando había lesiones de la lengua. No era generalmente un hecho marcado la Anemia; y como regla corriente, no se notó ninguna anormalidad histológica en la sangre.

Con respecto a lo que se halló en las autopsias, el primer punto notado es que los órganos internos, hígado, bazo, etc., estaban gas-

tados proporcionalmente al peso total del cuerpo. La membrana mucosa intestinal estaba cubierta desde el duódeno hacia abajo, con una capa de moco viscoso, pero no se observó ulceración. La lengua tenía una capa de aftas, y el esófago una sustancia amarillenta parecida a las membranas diftéricas.

La sección del estómago demostró estar éste en estado normal; en el resto del trayecto intestinal se comprobaron cambios crónicos inflamatorios. La membrana que cubría el esófago estaba compuesta de hongos como de levadura y se observaron hilos miceliales penetrando en los tejidos del esófago y de la lengua. En cortes del bazo algunas de las células endoteliales que estaban mucho más hinchadas y degeneradas, contenían cuerpos de tamaño pequeño que se teñían de rosado con el tinte de Giemsa y retenían el tinte de Gram, que son en la opinión particular del autor, peculiares a la diarrea tropical (sprue), y son de naturaleza degenerativa.

Tratando de la etiología de la diarrea tropical (sprue), el autor, después de referirse a los puntos de vista de Castellani, discute la posibilidad de que organismos semejantes a los hongos sean la causa de la enfermedad, y después de dar el percentaje de hallazgos positivos y de culturas de tales organismos en casos de diarrea tropical (sprue); en casos de otras enfermedades y en individuos normales, suma las evidencias en pró y en contra de que la diarrea tropical (sprue) sea una enfermedad debida a una infección blastomicótica, y concluye su trabajo con una lista de los principales puntos elucidados en sus investigaciones, que son los siguientes:

"Evidencia en favor de considerar la diarrea tropical (sprue) como una infección blastomicótica".

1o.—"Las células de fermentos y los elementos miceliales se encuentran dentro de las células en las raspaduras de las lesiones de la lengua, en un período temprano de la enfermedad, pero no pueden encontrarse en raspaduras hechas en un período ulterior de la misma estructura, cuando los síntomas inflamatorios han cedido.

2o.—"Los fermentos son los únicos organismos encontrados en las capas profundas de la lengua en secciones microscópicas; la evidencia de que esta infección no es de fecha reciente, se apoya en los cambios de caracter crónico inflamatorio en el corión de las papilas, y por la presencia de los cuerpos de Russell en esta situación.

3o.—"La descamación de las células epiteliales, acompañada

de inflamación sub-aguda de la lengua y del esófago, son cambios tales como los que eran de esperarse del estudio de la manera de crecer las aftas producidas por hongos, y de sus bajos grados de virulencia.

4o.—"Una infección general de la mucosa intestinal con hongos se encontró en las autopsias de personas muertas de diarrea tropical (sprue), pero no se halló tal infección en veinte y seis casos de otras diarreas crónicas exhaustivas.

5o.—"Las deposiciones en la diarrea tropical (sprue), su caracter espeso y gaseoso, son los que corresponden a una infección blastomicótica del canal intestinal.

6o.—"La tendencia a las recaídas y la naturaleza crónica y latente de la enfermedad, son compatibles con lo que se conoce acerca de la historia de la vida de los blastomicetos, sus períodos de atenuado crecimiento y poder de recrudecencia repentina.

7o.—"No hay evidencia en favor de considerar el hongo de levadura de la diarrea tropical (sprue) sino como idéntico con el hongo de las aftas (monilia albicans). Un organismo que posee un muy bajo poder patogénico; pero es posible que bajo ciertas condiciones, como por ejemplo, en los trópicos, este poder pueda aumentarse grandemente. En apoyo de esta opinión puede añadirse que es un hecho bien reconocido que hay numerosas variedades de hongos de levadura, empleados en las fábricas de cerveza y en hacer vinos, y el predominio de una variedad en ciertos distritos imparte al vino local su aroma característico, que, aunque difiriendo grandemente en sus poderes de crecimiento y fermentación, sin embargo se parecen entre sí en sus particularidades, en sus caracteres morfológicos y culturales. ¿No podrá ocurrir que sus poderes patogénicos, así como otras propiedades, fueran capaces de ser influídas por condiciones locales.

8o.—"Depauperación y anemia, o ambos síntomas de la diarrea tropical (sprue), pueden ser producidos por inyecciones intravenosas contínuas de pequeñas dosis de cultivo en caldo, de una levadura patogénica; además una degeneración del endotelio capilar hepático, aparentemente similar a aquella que se encuentra en el bazo en la diarrea tropical (sprue), puede ser producida en estos animales por los mismos medios.

9o.—"Diarrea; atrofia de la papila lingual como en la diarrea

---

N. DE LA R.—El descubrimiento del Dr. Ashford, en nuestro Instituto de Medicina Tropical e Higiene, aunque parece similar al del Dr. Bahr, no es el mismo, pues la "Monilia" descubierta por Ashford no es la "Albicans".

tropical (sprue), trastornos digestivos y una ulceración aftosa de la boca se halla comunmente en los niños; los propensos a infecciones aftosas en las zonas templadas.

10o.—"Es posible que enfermedades oscuras del canal alimenticio en los niños en las zonas templadas, tales como la diarrea coelíaca de Gee, sean de la misma naturaleza que la diarrea tropical (sprue), de los adultos en los trópicos. Una hipótesis como ésta explicaría la ocurrencia de casos esporádicos de diarrea tropical (sprue) en la zona templada.

11o.—"La afección local en diferentes porciones del canal digestivo con este hongo explicaría mejor las variadas manifestaciones clínicas de la diarrea tropical (sprue).

12o.—"Para mantener tal hipótesis es necesario tener en cuenta un tercer factor, una causa predisponente, que puede existir en las condiciones climatéricas locales de los trópicos, las cuales favorecerían un más precoz y lujuriante crecimiento de todos los hongos, asunto de observación corriente por los observadores en todos los laboratorios.

Evidencia en contra de considerar la diarrea tropical (sprue), como una infección blastomicótica. (1) P. Las aftas fungosas (Monilia albicans) son un fenómeno terminal, aunque no común, infección en otras enfermedades consuntivas, tales como la tísis, el cáncer, la diabetis, etc.

2o.—"Las infecciones generales del canal alimenticio con estos hongos han sido observados en las zonas templadas.

3o.—"Si la distribución geográfica de la diarrea tropical se encuentra eventualmente que corresponde con la de otras enfermedades tropicales típicas, ya el hecho sólo habla en favor de un protozoo más bien que de un hongo o bacteria como origen de la enfermedad.

CONCLUSIONES

"Finalmente como resultado de mi trabajo, someto las siguientes conclusiones para consideración:

1o.—La diarrea tropical (sprue) es una enfermedad específica de los países tropicales y que se originan casos en la zona templada.

2o.—Es una enfermedad que prevalece en Ceylan, especialmente entre los europeos, pero contrario a la opinión que hasta ahora se sostenía, puede también ocurrir en los nativos, sin relación alguna de raza, o modo de vivir.

3o.—Este hecho, junto con la ocurrencia de la enfermedad en personas cercanamente asociadas, hace pensar en una influencia local en alguna comunicación de persona a persona.

4o.—La diarrea tropical (sprue) es una enfermedad variable, puede presentarse en forma atenuada o particularmente virulenta, y así como otras afecciones, es a veces capaz de remisiones bruscas y períodos latentes.

5o.—Hay evidencia de que la enfermedad puede ocurrir en formas clínicas distintas y específicas, según la porción del canal alimenticio atacada.

6o.—Investigaciones en la composición de las heces fecales indican o una completa ausencia, o una ineficacia de los fermentos digestivos intestinales.

7o.—Investigaciones en la sangre y orina están en favor de considerar la diarrea tropical (sprue) como una toxemia intestinal.

8o.—Los hallazgos patológicos están también en favor de esta suposición e indican una infección con los hongos aftosos (Monilia albicans) como siendo el organismo productor de la enfermedad, el balance de evidencia que he coleccionado como lo considero, en totalidad, en favor más bien que opuesto a este punto de vista.

Del "Bulletin of the Institute of Tropical Diseases".

EL MEDICO Y LA LEY HARRISON SOBRE NARCOTICOS

Del gran número de pregnatas recibidas, es evidente que muchos médicos están en duda acerca de lo que se les requiere hacer bajo la ley Harrison y a lo que la ley les obligará. Se han publicado tantos errores acerca de este asunto, que un breve sumario de los fines y requerimientos de la ley deben ser aclarados.

La ley afecta a los médicos tanto por prescribir, como por dispensar drogas. El único efecto que se relaciona con lo primero—el médico que prescribe—es que se requiere que él se registre en la oficina del Colector de Rentas Internas del Distrito, y que al escribir la receta de un narcótico, o de otra droga de las que producen el hábito, debe escribir el nombre y dirección del paciente, la dirección de su oficina y el número de su registro. No necesita conservar copias o registro de las recetas; ésto lo hace el farmacéutico. Estas recetas no pueden repetirse. Esto es todo lo que la ley Harrison acerca de los narcóticos, exije del médico que los receta. El único gasto es el de la licencia, una vez al año, y cuesta un

dollar. Y lo único que hay que recordar al escribir la receta es el escribir el nombre del enfermo y su dirección, y que el médico debe firmar con su nombre entero—precauciones, sin embargo, que deben tomarse en todas las recetas.

Si el médico desea alguna de las drogas espcificadas, para su uso, tiene que hacer una orden por ella, en una forma en blanco que lleve el número de su registro. Estas formas se proporcionan por el Departamento de Rentas Internas en paquetes de a diez, por diez centavos. El médico no puede ordenar para su propio uso drogas en un papel corriente de recetas.

Si un médico atiende personalmente a un enfermo, puede administrarle cualquier tratamiento que considere conveniente, en la forma de inyecciones hipodérmicas, pulverizaciones, aplicaciones, etc. Si ordena a una enfermera hacerlo, entonces debe aparecer la orden en la hoja clínica con las iniciales del médico. Se dijo recientemente en un periódico de farmacia, que una decisión oficial había hecho la distinción entre una visita al enfermo en su casa, y el tratamiento personal del enfermo por el médico en su oficina, y que lo uno era asistencia personal y lo otro no. Esta aserción carece de fundamento. No ha habido tal decisión.

Si un médico dispensa drogas, entonces tiene que ajustarse a las reglas de los farmacéuticos. Debe ordenar las drogas especificadas por la ley en las formas en blanco proporcionadas por el Colector de Rentas Internas y debe llevar un registro en donde anote la entrega de tales drogas, la fecha, la cantidad y el nombre y dirección de la persona a quien se las ha dado. Este registro debe llevarse en un "libro en blanco a propósito" y debe conservarse por dos años. Las drogas dispensadas mientras está el médico asistiendo personalmente al enfermo, no necesitan ser registradas. Ni tampoco las preparaciones que no contengan más de 2 granos de opio, ¼ de grano de morfina, ⅛ de grano de heroína o 1 grano de codeína.

Estas provisiones son simples, y sólo causan al médico una pequeñísima molestia. La gran mayoría de los médicos escriben sus recetas. Los médicos que dan los remedios, sólo ocasionalmente dispensan preparaciones con drogas narcóticas. Las restricciones para ambas clases son simples y fáciles de observar. El costo para todas los médicos es el mismo; una cuota nominal por registro y un pequeño gasto por órdenes en blanco. Reglas adicionales podrán ser necesarias cuando la ley esté en práctica, pero al presente,

no hay nada que puede causar a los médicos ningún inconveniente ni molestia.

¿Pero, cómo se las arreglarán las personas habituadas de viejo, las que sufern de enfermedades incurables, y otras para quienes el opio es absolutamente necesario? Todo médico conoce tales casos. Para ellos el médico puede, dentro de la ley, ordenar cuanto necesiten. Pero esto debe hacerse abiertamente y sin intentar una evasión, y el médico debe estar siempre dispuesto a justificar su acción. El propósito de la ley es restringir el uso del opio y de la cocaína a su legítimo cauce.

(De "The Journal".)

LA PROPAGANDA DE LA REFORMA.

Luchando contra los Curanderos.

(Traucido del "Leslie's Illustrated Weekly Newspapers", del No. 3107, para el **Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico.)**

La mayoría de las medicinas patentes no sólo defraudan al pueblo ignorante de miles de dólares, sino lo que es peor aun, lo conducen al vicio, habituándolo a esas drogas. La ética en el anuncio de los periódicos, ha avanzado a tal extremo, que la mayor parte de los periódicos de reputación han cerrado sus columnas a las medicinas patentes, a pesar de ser un anuncio muy provechoso, para ellos. El "New York Tribune" debe ser felicitado por dar un paso más hacia adelante, al inaugurar una campaña en contra de todos esos falsos patentizados. La ciencia no conoce cura alguna para la tuberculosis; sin embargo, se ha estimado que los fabricantes de "patentizados" para la curación de la tisis, estafan a los pobres que sufren de esta temible enfermedad cerca de $15.000.000.

Muchos de los reemdios populares para el dolor de cabeza se ha probado ser muy peligrosos por su acción deprimente en el corazón y por contener drogas que causan hábitos en sus consumidores. La Ley de Alimentos y Drogas obliga a la publicación, en el rótulo de cada botella de medicinas patentizadas, el por ciento de alcohol

empleado. Esto ha revelado la presencia de alcohol en grandes proporciones en muchas medicinas patentes y nos dá una prueba convincente del por qué son ellas tan populares, en aquellas secciones del país, llamadas "secas". Mucha gente cree que el uso de tales preparaciones hace más daño que el tráfico legalizado del licor. Si el Gobierno no encuentra medios para impedir el uso de estos peligrosos patentizados, el pueblo debe ser educado hasta que se de cuenta de esta amenaza para su salud, como en la actualidad lo viene haciendo la "Tribuna de Nueva York" por la serie de brillantes artículos publicados recientemente.

ACADEMIA DE MEDICINA.

Ha quedado constituída ésta, según nos enteramos por la prensa diaria, bajo la presidencia del doctor Ramón Ruiz Arnau. Forman parte de la Junta Directiva, miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico, y otros médicos que no están asociados a este último organismo. Contamos hoy, pues, con dos instituciones médicas, cuyos fines, si bien es cierto que por sus analogías, justificarían la unión de ambas, pueden, sin embargo, realizar sus trabajos en líneas paralelas, sin entorpecimento para ninguna de las dos.

Componen la Academia, veinte y ocho miembros, y la Directiva consta de un Presidente tres Vice-Presidentes, un Scretario perpetuo, un Secretario de Actas y un Tesorero. Carece este organismo de todo carácter oficial. Sus actividades se han de encauzar principalmente a propender al progreso médico, favoreciendo por varios modos, y entre otros, por medio de premios, el estudio de asuntos científicos médicos.

La Academia no cuenta con subvenciones oficiales, ni sus miembros perciben honorarios del gobierno por sus trabajos; pero por sus estatutos está dispuesta a dar, cuando fuere solicitada, los informes que le fueren pedidos, ya oficialmente, ya por particulares.

El **Boletín** envía sus saludos a la naciente corporación. La buena armonía que debe existir entre la Academia y nuestra Asociación, y que sin duda, ningún motivo científico puede entorpecer, nos permite esperar que la cooperación de ambas en la noble labor que inspira su existencia, culmine en el mayor adelantamiento y brillo de las ciencias médicas en Puerto Rico.

DEFUNCION

Ha fallecido recientemente en Barcelona un portorriqueño distinguido, el Dr. don Salvador Bavi Bracons, que ejercía con éxito su profesión en la Ciudad Condal.

La ciencia médica ha perdido un joven entusiasta apóstol de ella.

La Asociación Médica de Puerto Rico envia a sus deudos su condolencia.

BIBLIOGRAFIA.

Se ha publicado el Resumen de los trabajos llevados a cabo por el Instituto de Medicina Tropical e Higiene, desde el 1o. de Abril al 31 de Diciembre de 1914. El local en que está instalado y el material de que dispone el laboratorio responden a las necesidades de la investigación a que se dedica; y en cuanto al personal, bastan los nombres de los doctores P. Gutiérrez Igaravídez, V. Gutiérrez Ortiz, I. González Martínez, W. F. Lippitt, W. W. King y Bailey K. Ashford, para estar seguros de que el éxito de esta institución ha de resultar satisfactorio a los fines de su creación.

Sería suficiente para afirmarnos en esta creencia, los trabajos realizados en tan corto tiempo en enfermedades como el sprue, la filariasis, tracoma, enfermedades de la piel, paludismo y otras cuyo estudio interesa al mundo civilizado, y de una manera más inmediata, a Puerto Rico.

Si se comprueba de un modo concluyente que el organismo cultivado en el laboratorio, perteneciente a los hongos, es la causa del sprue, este solo descubrimiento justificaría la importancia del Instituto. Las consecuencias prácticas que de ello se deduzcan, acaso den ocasión a que la ciencia pueda vencer a esta enfermedad que amenaza tomar gran incremento en nuestras ciudades.

Damos las gracias por la remesa del interesante opúsculo y felicitamos al Director y miembros del Instituto por el excelente trabajo conque han inaugurado su trascendental tarea.

Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

Presidente: Pedro Gutiérrez Igaravidez, M. D.,
San Juan, P. R.

Vice Presidente: Manuel de la Pila Iglesia, M. D.,
Ponce, P. R.

Tesorero: Jacinto Avilés, M. D., San Juan, P. R.

Secretario: José Belaval, M. D., San Juan.

CONSEJO

Bailey K. Ashford, M. D., San Juan, P. R.

Manuel Quevedo Báez, M. D., San Juan, P. R.

Francisco del Valle Atiles, M. D., San Juan, P. R.

Editor del Boletín: Francisco del Valle Atiles, M. D.,
San Juan, P. R.

Auxiliar Editor: Esteban García Cabrera, M. D.,
San Juan, P. R.

SUMARIO

Páginas.

Colonia de Alienados.—*Dr. Francisco del Valle* 77

Operación cesárea abdominal en un caso de eclampsia.—*Dr. Jorge del Toro* 81

Tratamiento de la Disfagia en la Tuberculosis laríngea por inyecciones del alcohol al nivel del nervio laríngeo superior.—*Dr. Salvador Giuliani* 83

La Anemia de Puerto Rico y sus causas.—*Doctor García de Quevedo* 88

La Fiebre tifoidea y su Tratamiento—*Dr. Vernier* 97

Instrucciones relativas a la lucha Stegomicida. — *Misión Bouet Roubad* 112

Academia de Medicina de New York.—*Hernia doble del ovario* 127

Sociedad de Cirugía de París.—*Hernia diafragmática y apendicitis subclavicular* 129

Acerca del virilismo supra-renal, con algunas deducciones sobre la patogenia de los tumores.—*Dr. Tuffier* 131

Higiene Personal 138

NOTAS OFICIALES:

Sección científica de la Asociación Médica del Distrito Norte 140

La Sección Académica de la Asociación Médica de Puerto Rico 142

Los Beneficios de la Guerra 144

BOLETIN
DE LA
Asociacion Medica de Puerto Rico.
ORGANO OFICIAL

PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XI. JUNIO 1915 NUMERO 107

COLONIA DE ALIENADOS

POR EL Dr. FRANCISCO DEL VALLE ATILES.

Hace tiempo que Puerto Rico viene sintiendo la necesidad de que se construya en la isla una Colonia de Alienados organizada de acuerdo con lo que las exigencias científicas demandan.

Que tal necesidad existe lo han reconocido los competentes Directores y Médicos de nuestro Manicomio, y se ha consignado en los respectivos informes dados por ellos, y por la Comisión encargada de visitar las Instituciones Benéficas de la Isla. Hay deficiencias en el Manicomio que no pueden subsanar los médicos que lo dirigen, que ellos no pueden reparar por mucha que sea su habilidad profesional, sino se cambia por completo la organización existente, para lo cual precisa construir nuevos edificios a fin de poder tratar los alienados de acuerdo con los progresos de la psiquiatría.

Salta a primera vista que el mayor obstáculo que ha de encontrar esta reforma necesaria, ha de ser su dependencia de la condición económica del país; pero entendemos que resolver este problema no sólo es procurar para los alienados las mejores ventajas de tratamiento, sino también crear una Institución que, bien reputada y fundada, no sólo servirá para los pobres, sino también para los ricos del país, a la par que proporcionaría a los países vecinos un lugar en donde serían tratados sus enfermos de esta clase, cuando en su localidad carecieren de hospitales convenientes. Aún sin este aliciente vemos hoy que, atraídos sólo por la reputación de los médicos que hacen de las enfermedades de la mente una especialidad, vienen del extranjero algunos alienados para recibir tratamiento. Es más que seguro que contando con una Colonia bien instituída, el número de alienados que acudiría aquí para tratarse se aumentaría, con ventajas económicas para la isla. Eso sí, deberíamos pensar

en lo mejor, tanto en la construcción nueva como en su dotación de material adecuado a fin de acercarnos en Puerto Rico a la forma más perfecta de tratamiento para producir el máximo beneficio en la asistencia general de los alienados. Como nadie nos puede acusar de tener interés personal en que se instituya un buen servicio público de esta índole, pues no figuramos entre los médicos alienistas, presentamos estas consideraciones, sólo inspiradas en el convencimiento de que científica y económicamente sería útil la reforma.

Si se nos preguntara, ¿cuánta extensión daríamos a una reforma del Manicomio actual, responderíamos, que la subordinaríamos a las circunstancias. Nuestro ideal, sería proveer para la completa especialización de cada uno de los grupos en que se pueden dividir los enfermos mentales, pero si ésto no estuviese en armonía con los medios de que disponemos, haríamos desde luego un plan general que abarcara todo el sistema, empezando por construir lo más urgente, a reserva de completar la obra en épocas sucesivas, de acuerdo con el desarrollo de los recursos económicos del país, y la demanda por acomodos en el establecimiento.

Y una vez aprobado el plan general vendría la elección de sitios, que dentro de la concepción moderna que de estas instituciones nos tenemos formada, serían dos. Uno tan cercano como fuere posible a la ciudad y a la Universidad, destinado a hospitalizar los enfermos agudos; y otro necesariamente situado en el campo, aunque cerca también de la ciudad, para establecer una colonia de alienados, a la que irían a parar los incurables, que estuvieren capacitados de trabajar, y de asilo para los incurables inválidos.

Esta división de enfermos en agudos y crónicos se hace necesaria en el tratamiento de los enfermos mentales, más que en ninguna otra clase de enfermos.

En ambos casos, el caracter de la institución estaría perfectamente definido en cuanto a sus fines humanitarios. Desde luego, no hay para qué insistir en ello, tal institución debe ser entendida para tratar enfermos. Y esto que puede parecernos hoy algo así como una perogrullada, no lo es, porque no están muy lejanos los días en que Pinel rompió las cadenas de los locos; y en Puerto Rico el Dr. Hernández abolió los grillos del Manicomio; y aunque ya no se usan grillos y cadenas en ningún país civilizado, todavía, el castigo corporal del loco resistió un poco a la reforma, bajo la influencia de ideas que no más lejos del año 1840 hacían posible que el Dr. Leuret aconsejara y empleara medios de intimidación y castigo, de acuerdo con la concepción psicológica de los alienistas de la escuela alemana.

Ahora bien, ocurre en la locura lo que en toda enfermedad, que ella nos ofrece casos agudos y casos crónicos, y cada uno de estos grupos exige un tratamiento correspondiente especial y una separación, de acuerdo con lo que el genio del gran Esquirol y lo que el insigne alienista alemán Griegsinger aconsejaron. El caso puede ser curable o incurable, y para ambos se requiere un tratamiento distinto que no es conveniente dar en el mismo local, so pena de que haya confusión y de que no se obtengan todos los beneficios que son de esperar del sistema; es evidente que hay locos que curan, y éstos permanecerían transitoriamente en el hospital; mientras que otros, incurables, deberían sugetarse a una permanencia indefinida en la colonia.

De acuerdo con esta división el hospital para recibir los casos transitorios es indispensable situarlo en San Juan, o tan cerca como fuera posible de la ciudad; y a ser posible disponerlo en pabellones para un número de casos, en consonancia con lo que la experiencia nos ha enseñado en estos últimos años.

Siguiendo las ideas de Serieux, un pabellón sería destinado a los enfermos que exigieran una atención permanente, y además comprender salas de reunión, comedores y un número de cuartos de una cama.

Atendiéndonos a las ideas de Griegsinger, debiera una institución de esta clase dividirse en tres categorías de establecimientos.

1o. Un hospital urbano.

2o. Una colonia situada en el campo para hospitalizar a los crónicos capaces de trabajar y que no reclamaran cuidados médicos particulares.

3o. Un hospicio para los alienados enfermos. Este es el hospital psiquiatra soñado por Esquirol y el que desearíamos ver instituído en Puerto Rico. Sea o no posible su realización el hecho siempre quedará en pié—de la necesidad absoluta de separar para el tratamiento, a los agudos de los crónicos, así como la conveniencia de hospitales urbanos y rurales; éstos para recibir a los que no hubieren curado en los primeros, durante un período de tiempo prefijado.

Nos hemos ocupado sólo de las ventajas científicas; en cuanto a las ventajas económicas, es un aspecto del asunto que no queremos dejar de apuntar, ya que también lo tienen estas instituciones modernas de psiquiatría. Científicamente el enfermo loco obtiene las ventajas de un tratamiento hospitalario completo y eficiente y las

ciudades Universitarias retiran venntajas de las clínicas para el estunio de las enfermedades mentales.

Económicamente, el asunto, dado que el considerable aumento que ha tenido el número de alienados en todas partes, se ha observado también en Puerto Rico, y eso que, sin ironía, podemos repetir aquello de que no están en el Manicomio todos los que lo son, debería proveerse algo para aliviar la congestión actual de enfermos en la Casa de Locos; cuando del hospital se pasan a la colonia los crónicos e incurables se economiza en la asistencia de todos; pues al propio tiempo que con el trabajo personal, beneficioso para la salud de los alienados, contribuye la colonia agrícola a los gastos de ella misma, su mantenimiento no exige una organización médica costosa. Además el número de los pensionistas aumentaría con la mayor y mejor facilidad de tratamiento y de un local apropiado.

Dentro del plan general esbozado, caben por supuesto rectificaciones y particularizaciones que acaso lleguen algún día a considerarse necesarias; como quiere Serieux, quien desea, no sólo hospitales para los enfermos mentales agudos, colonias para los alienados crónicos válidos, y hospicios para los incurables inválidos; sino asilos para los bebedores, asilos-colonias para epilépticos, institutos médico-pedagógicos para los criminales vueltos alienados y los alienados peligrosos.

Temo que las circunstancias de Puerto Rico no permitan por ahora poner manos a obra tan grande; además de la del hospital psiquiátrico y del Asilo-colonia; pero bien necesitados estamos de un instituto para los débiles mentales, y de una colonia para epilépticos; y tanto éstos como el Asilo para bebedores, el Asilo para criminales y los Sanatorios para los nerviosos, constituyen necesidades que un día u otro habrá que satisfacer, si nuestra vida civilizada no se interrumpe.

Acaso, como medida económica, el actual Manicomio pudiera prepararse para las atenciones que exige el tratamiento hospitalario de los alienados agudos, convirtiéndole exclusivamentet en hospital urbano y de observación, facilitándose así la erección de la colonia.

En resumen, cualquiera que fuese el plan más conveniente, ha de basarse en la construcción de nuevos edificios apropiados para la eliminación de los crónicos del hospital, colocándolos en condiciones más favorables; en mejorar los medios de asistencia de los agudos, y en proveer debidamente para los casos de observación; proporcionando también oportunidades para la asistencia a los subagudos y a los agudizados crónicos; que todo esto exige el período a que hemos llegado en la evolución de la ciencia psiquiátrica.

CLINICAS DEL MUNICIPAL.

OPERACION CESAREA ABDOMINAL EN UN CASO DE ECLAMPSIA ANTE-PARTUM.

Dr. JORGE DEL TORO.

Hospital Hunicipal. Número de orden, 2,274.

Acto operatorio. Señores: mientras terminamos los últimos requisitos de preparación, oiremos la historia clínica de este caso.

C. M., hembra, de 28 años de edad, color blanco, casada, ingresa en la Sala de Maternidad por estar sufriendo de eclampsia.

Ha sido siempre sana, no da historia de abortos ni de infecciones genitales. Este es su primer embarazo. Por algún tiempo antes de manifestarse los síntomas convulsivos, había estado sufriendo de edema de las extremidades, dolores de cabeza y falta de visión. Antes de ser traída al Hospital fué tratada en una clínica particular por espacio de cinco días. A su ingreso estaba sin convulsiones y en su conocimiento. Presenta una marcada retinitis albuminúrica. El examen de orina arroja la presencia de una gran cantidad de albúmina y demás datos característicos de una intoxicación marcada.

Tratamiento. Eliminativo general y diatético. Sangrías. Mejoró, pero a las diez y seis horas empezaron de nuevo las convulsiones, que se sucedían con mucha frecuencia, quedando la enferma en un estado completamente inconsciente.

No han habido indicios de contracciones uterinas.

El embarazo se encuentra para terminar su octavo mes.

* * *

Según la historia anterior, tenemos que esta paciente lleva ya unos siete días de eclampsia, cinco fuera del Hospital y dos en él. En todo este tiempo no se ha ni siquiera iniciado el parto, y el tratamiento corriente de estos casos, previo al vaciamiento del útero, no ha dado resultado. Esta mañana el doctor Barbosa me telefoneó refiriéndome el caso y proponiéndome el tratamiento por medio de la operación cesárea. Sin casi pensarlo accedí. Hasta hace algún tiempo la operación cesárea solo se practicaba en aquellos casos de indicaciones absolutas, pero ya se va dando más amplitud a sus indicaciones relativas. Nunca me arrepentiré de un

caso de placenta previa central que traté por la cesárea abdominal. Aquella paciente sanó sin el menor accidente; a los quince o diez y ocho días se levantó, y no tuvo más que unas décimas de elevación de temperatura. El niño vivió por unos meses.

La operación cesárea abdominal es siempre una intervención vistosa; todos tenemos la creencia que ha de ser practicada por manos muy hábiles y con extrema celeridad, pero no es así, lo que exije su técnica es una buena organización y mayor número de ayudantes que para laparatomias.

Hacemos hoy esta cesárea por las razones siguientes: Porque se trata de un caso de eclampsia grave y se hace necesario un vaciamiento rápido del útero. 2o. Porque la paciente es una primipara y entendemos que una cesárea es más sencilla que un parto forzado. 3o. Porque no habiéndose iniciado el parto y teniendo las membranas intactas no hay el peligro de la sepsis, y 4o. Porque existiendo las condiciones anteriores preferimos mejor la cesárea abdominal a la vaginal. Hay también la cesárea suprasinfisaria, pero no le encuentro ventaja en este caso.

Mientras opero, el Dr. Barbosa hará presión en las arterias uterinas; el Dr. Laugier tendrá lista una tohalla grande para con ella cubrir la herida y evitar la eventración intestinal cuando el útero se contraiga; el Dr. Avilés me ayudará a la extracción del feto, y dejará el campo materno para atender al hijo. La nurse tendrá en la mano dos pinzas para cojer el cordón y las tijeras para cortarlo. Esta es la organización de que hablé antes.

La incisión se extiende desde una pulgada por encima del sínfisis hasta el nivel del ombligo. No sacaré el útero fuera de la cavidad. La compresión de las uterinas se hace difícil con el útero dentro y por eso la herida uterina sangra bastante, pero esta hemorragia cesa incidiendo hasta las membranas, extrayendo el feto por los piés, cortando el cordón, y contrayéndose el útero como ustedes ven que sucede. La placenta se extrae con gran facilidad. El útero se contrae fuertemente, y no nos faltan más que las suturas que haremos por el método corriente, adosando bien todas las capas uterinas.

* * *

El niño no resuscitaba con los medios usuales, pero con el uso del Pulmotor se logró hacerle respirar a toda satisfacción.

Curso post-operatorio. La madre, fuera de algunos días de elevación térmica, hizo una buena convalescencia. El estado renal y la retinitis mejoran con gran rapidez. El niño perfectamente bien. A los cuatro días empezó a ser amamantado por su madre.

TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA EN LA TUBERCULOSIS LARINGEA POR INYECCIONES DE ALCOHOL AL NIVEL DEL NERVIO LARINGEO SUPERIOR.

POR EL DR. S. GIULIANI

Médico Visitante del Sanatorio de la Liga Antituberculosa de Puerto Rico y Patólogo de los Hospitales Municipales de San Juan, P. R.

La tuberculosis laríngea se presenta amenudo en el curso de la pulmonar, y como el tratamiento del síntoma más temible, la disfagia, por aplicaciones de substancias anestesiantes a la mucosa las más de las veces es penoso para el médico quien tiene que hacerlo personalmente y con mucha frecuencia, resulta que cualquier método capaz de producir un prolongado alivio a los desgraciados enfermos merece ser considerado.

Varios años de experiencia en el Sanatorio de la Liga Antituberculosa me han permitido aplicar gran número de procedimientos para combatir la disfagia en enfermos graves, pero los resultados pasajeros dejan mucho que desear. Al llamar la atención sobre las inyecciones de alcohol quisiera que este método, aplicado ya con brillantes resultados en Europa y América por Frey, Houlié, Hoffmann, Lannois, Garel, Lewinstein y otros, fuera mejor conocido.

Instrumental: Una jeringuilla hipodérmica estéril, un poco de tintura de yodo y una ampolleta de alcohol a 85; para inyectar 1 c.c.

La membrana tiro-hiodea se extiende entre el hueso hioides y el borde superior del cartilago tiroides y frente al cuerno superior de este cartilago la presión con el dedo produce dolor en algunos casos de fimia laríngea. Por este sitio hay que buscar el punto donde el nervio laríngeo superior perfora la membrana tiro-hioidea.

El enfermo puede permanecer sentado o acostado, pero con la cabeza echada un poco hacia atrás.

Se pinta con tintura de yodo la región del cuello en que va a hacer la puntura. Con la mano izquierda se inmoviliza la laringe, y se hunde la aguja de la jeringuilla hipodérmica perpendicular a las estructuras del cuello. Cuando ha penetrado un centímetro, poco más o menos, se experimenta una sensación de vacío, y entonces, dirigiendo la aguja en varias direcciones, se consigue ponerla en contacto con el nervio.

La inyección se hace lentamente. Al tocar el nervio puede ocurrir parpadeo, y las primeras gotas del alcohol producen dolor de oído de corta duración.

Se recomienda al enfermo de no tragar mientras la aguja permanece en las estructuras del cuello.

La técnica operatoria ha sufrido variaciones en manos de diferentes observadores, lo mismo que la manera de elegir los puntos anatómicos, pero el principio es el mismo. En los enfermos disfágicos, por lo regular emasiados, es fácil localizar el nervio, y el espesor de los tegumentos es variable. En algunos casos se observan deformidades y la membrana tiro-hioidea no tiene el mismo ancho en los dos lados del cuello.

El siguiente caso va a ilustrar el resultado de un tratamiento en donde, siguiendo la misma técnica operatoria, se puede comparar los efectos de las estovaina y los del alcohol.

Joven, blanco, de 30 años de edad, solicita tratamiento en el Hospital Municipal para una disfagia muy intensa. Se le encuentra en el tercer grado de tuberculosis pulmonar. Emaciación. Hiper-estesia faríngea. Infiltración y ulceración epiglotidia. Infiltración aritenoidea.

Febrero 19, 1912.—Anestesia regional con sol. de estovaina al 1%. Alivio inmediato que dura dos días, durante los cuales el enfermo, que penosamente tragaba un poco de alimentos líquidos, puede comer de todo.

Febrero 23.—Otra vez la disfagia; se ha presentado gradualmente. Inyecto un c.c. de alochol al 90% calentado a 40 grados bilateralmente. Otalgia pasajera. 15 minutos después encuentro al enfermo comiendo sin dolor pan y otros alimentos sólidos. La anestesia dura 28 días (hasta Marzo 21).

Marzo 23.—Reaparición gradual de la disfagia. Nueva inyección de estovaina, seguida de 20 horas de sedación.

Marzo 28.—A petición del enfermo repito la inyección bilateral de alcohol y durante todo el mes de Abril no siente dolor. En Mayo tengo que ausentarme y no me es posible seguir la observación. Ninguna otra medicación local analgésica fué administrada durante los períodos de anestesia, salvo el tratamiento de su estado general.

Bien administrada la inyección, no deja de ser sorprendente el alivio inmediato experimentado por el enfermo. Recuerdo que al ensayarla por primera vez pensé en la parte de sugestión que pudiera haber, pero experiencias posteriores me demostraron una vez más lo que ya todos conocemos acerca de la anestesia local por inyecciones peri- o intra-nerales.

La distribución de las lesiones y el caracter de éstos influyen grandemente sobre el éxito de la operación. Por ejemplo, una epiglotis enormemente alargada por infiltración con ulceraciones dolorosas en la punta aportará dificultades mecánicas para tragar. Hay disfagias muy rebeldes causadas por fisuras en la base de la lengua.

Y en las laringitis avanzadas, en donde las ulceraciones tuberculosas eran extensas sobre los aritenoides o sobre las cuerdas vocales, no he logrado calmar por largo tiempo el dolor. Pero aún en ciertos casos extre-

mos se puede obtener algún resultado bueno, como lo demuestran las siguientes observaciones:

G. O. S., admitido en el Hospital de la Liga Antituberculosa de Puerto Rico, de 40 años de edad, blanco. Tuberculosis pulmonar avanzada. Solicita tratamiento para una disfagia intensa que no le permite nutrirse. Tiene ulceraciones en la punta de la epiglotis y en las cuerdas vocales. Inyección bilateral de estovaina produce alivio por varios días. Reaparece la disfagia y es combatida con aplicaciones de cocaína a la mucosa por espacio de 18 días. Se hace necesaria la inyección de alcohol y la aplico a cada nervio laríngeo. Resultado inmediato muy bueno: El enfermo traga sin dolor. Se marcha 12 días después de la inyección, muy satisfecho.

En este otro enfermo, A. S., de 36 años de edad, amenazado de granulia, el examen laringoscópico revela: Edema de las aritenoides. Epiglotis gruesa con una pequeña excavación. Disfagia. Una inyección bilateral de alcohol a 85% produce un alivio aparente por unas tres semanas La observación en este caso se hizo penosa debido al estado mental del enfermo.

Esta otra enferma con tuberculosis pulmonar avanzada no pudo tragar sus alimentos. En consulta con un compañero de esta ciudad, éste me participa que ha hecho un examen laringoscópico y ha encontrado lesiones tuberculosas difusas en la laringe. La inyección bilateral de alcohol a 90% calentado encuentra su indicación. Después de las inyecciones la enferma deglute bastante bien. Unos seis o siete días después presenta desórdenes gastro-intestinales y otro compañero, llamado con urgencia, atribuye su estado a excesos en la alimentación, lo que prueba que la enferma podía tragar. Murió a consecuencia de su tuberculosis pulmonar, pero no presentó ningún síntoma que se pudiera atribuir a algún efecto nocivo de las inyecciones anestesiantes de alcohol.

En todos los artículos que he leído encuentro siempre los mismos resultados y satisfacción por parte de los autores en recomendar este medio terapéutico para calmar un síntoma tan desconsolador como es la disfagia. Pero, a pesar de todo, ¿existe algún peligro en esta manera de producir anestesia?

Una vez ví señalado el temor de ocasionar la parálisis laríngea. Pero la fisiología del nervio y este otro enfermo nos indican que no siempre se debe abandonar la inyección de alcohol:

M. T., blanco, de 15 años de edad, ingresó en el Hospital de la Liga

Antituberculosa de Puerto Rico con tuberculosis pulmonar en sus últimos estados. Ulceración de la aritenoide derecha. Cuerdas vocales gruesas. Epiglotis ulcerada, muy dolorosa y larga. Cada vez que intenta tragar lanza la saliva o los alimentos por la nariz. Por lo regular este enfermito permanece sentado en una silla y con la frente apoyada sobre el borde de la cama para facilitar que la saliva se le escape de la boca. La sed que sufre le atormenta menos que sus inútiles esfuerzos por tragar. Emaciación extrema. La tendencia a la acumulación de mucus en la garganta surgiere cierto estado de parálisis y comienzo el tratamiento con la solución de estovaina al nervio laríngeo derecho solamente. Dos horas después traga alimentos semi-sólidos con alguna dificultad. Mejoría por unas treinta horas. Reaparece la disfagia y entonces se le hace la inyección bilateral con alcohol a 85 calentado: gran mejoría. Cuatro días después experimenta algún dolor en la faringe pero puede tragar. La mejoría dura siete días más, pero muere el enfermo a consecuencia de sus lesiones pulmonares progresivas. Dos días antes de morir la deglución fué dolorosa.

En este caso las inyecciones no agravaron la tendencia a acumularse mucus en la garganta; y produjeron, hasta que murió el enfermo, un alivio a su horrible disfagia.

Los efectos generales de la inyección son insignificantes, aparentemente, dada la pequeña cantidad de alcohol empleada. Si la aguja atravesara la membrana y penetrara dentro de la laringe el acceso de tos producido por la pequeña gota de alcohol nos pondría en guardia. Por eso hay que proceder con cuidado e inyectar lentamente.

El alcohol se ha usado diluído en diferentes proporciones por varios autores. De ahí que no siempre yo haya empleado una misma fórmula. Ultimamente, en algunos casos he añadido novocaina. También he hecho uso de soluciones de cocaína, salina fisiológica y hasta de agua destilada. Estas dos últimas sin resultado. El objeto de la novocaina es disminuir la otalgia, pero la corta duración de este síntoma no molesta a los enfermos, y el alcohol es sin duda el agente de poder anestésico más permanente. Los efectos de las soluciones de cocaína y de estovaina son fugaces, a mi entender, y además hay que tener presente la idiosincracia individual.

¿Qué cambios ulteriores sufre el nervio alcoholizado? En un reciente artículo por el profesor William Cadwalader de la Universidad de Pensylvania (1), este autor hace un estudio comparado de los resultados

(1) **Journal A. M. A., Junio 5 de 1915.**

obtenidos por inyecciones intraneurales del sciático del perro, seguidos de exámenes microscópicos del nervio. Siete perros fueron inyectados con una pequeña jeringa hipodérmica, atravesando la envoltura nerviosa en tres o cuatro puntos cercanos, previa discusión. Dice el autor:

" Cuando el alcohol al 80 por ciento fué usado, la parálisis fué in-
" mediata y completa; pero con alcohol al 50% la parálisis no parecía
" tan severa; 25 por ciento de alcohol tenía poco o ningún efecto. En un
" caso el alcohol al 40% pareció causar más disturbios que una solución
" al 50 por ciento."

Y refiriéndose a los daños causados al tejido nervioso, dice:

"Hay abundante evidencia clínica para probar que después de destruir el nervio por la inyección de alcohol, la regeneración y restauración funcionales ocurren si las complicaciones no obstaculizan"—y menciona los 209 casos de neuralgias tratados por Schloner, en los cuales la curación no fué permanente, pero los dolores fueron mitigados por espacio de un año aproximadamente.

Estos resultados pueden darnos una idea de lo que ocurriría en el nervio laríngeo superior si las inyecciones fueran absolutamente intraneurales. Obtendríamos la parálisis funcional a expensas de la integridad estructural. Pero la regeneración nerviosa sería posible al cabo de cierto tiempo.

Conclusiones.—En más de cincuenta inyecciones alcohólicas aplicadas por mí en diferentes enfermos en todos grados de tuberculósis pulmonar y laríngea el alivio inmediato de la disfagia se observó en todos los casos. La duración de la anestesia fué variable. El período más corto fué observado en una tuberculosa disfágica con historia no dudosa de sífilis, y que presentaba múltiples ulceraciones en la faringe y en la laringe. Un tratamiento antisifilítico bastante intensivo no dió resultado, y una inyección bilateral de alcohol a 80% solamente produjo anestesia por menos de treinta horas, a pesar de haberse seguido con especial cuidado la técnica operatoria.

No hay necesidad de usar previamente las inyecciones de estovaina o de cocaína como ocurrió en algunos de los casos que sirven de ejemplo aquí, y que fueron de los primeros tratados cuando tuve conocimiento de los buenos resultados. El alcohol en soluciones de elección (80 a 90%) es el mejor agente para suspender la actividad funcional del nervio.

Las inyecciones pueden repetirse, pero hay que proceder de manera a ocasionar el menor traumatismo posible al nervio para evitar complicaciones.

Nunca he observado accidentes (inflamación, infecciones, perineuritis, etc.,) que se puedan atribuir directa o indirectamente a la inyección.

Es verdad que en casi todos mis enfermos la tísis se encontraba muy avanzada cuando me fué posible aplicar el método, pero si compara la inyección neural con las pulverizaciones de cocaína, mentol, etc., o las insuflacciones de ortoformo, morfina o cualquier otro procedimiento terapéutico en boga, se ve claramente que la sección fisiológica del nervio es más efectiva, y no se expone el enfermo a la absorción de medicamentos que a la larga pudieran ser perjudiciales.

No hay que olvidar que éste es un tratamiento para combatir un síntoma terrible, la disfagia, y calmarla es favorecer el estado general del enfermo cuando las lesiones pulmonares no indican necesariamente un desenlace fatal, y además la inyección alcohólica permite mayor facilidad para otros tratamientos radicales como la ignipuntura, raspado de los tejidos morbosos, etc. Después que el alcohol ha ejercido acción degeneradora sobre la estructura nerviosa existe la posibilidad de una restauración funcional.

Claro está, que siendo éste un medio terapéutico puramente sintomático, no hay que echar a un lado los otros. Al contrario, deben completarse.

Aquellos que deseen hacer un pequeño esfuerzo para adquirir la técnica de la inyección, que por cierto es sencilla, se verán más que bien recompensados al experimentar la sorpresa de los resultados, y si los otros medios terapéuticos han fracasado, podrán aún ofrecer a sus enfermos disfágicos algo más que una esperanza.

LA ANEMIA DE PUERTO RICO Y SUS CAUSAS. *

POR EL DR. L. GARCIA DE QUEVEDO.

Señores:

Atentamente invitado por el dignísimo Presidente de esta Sociedad Médica en una de las reuniones pasadas para consumir un turno en las conferencias de esta noche, no he podido rehusar su galante invitación y aquí estoy ante vosotros pidiendo humildemente mil excusas por permitirme ocupar vuestra atención. *Nosce te ipsum,* dicen los latinos, y yo no olvido este precepto, pero, a pesar de reconocer mis cortos alcances intelectuales y mis escasos recursos literarios, no me he atrevido a rehusar la invitación que se me hizo porque entiendo que es ineludible deber de todos

* Conferencia leída por su autor en la Sesión Científica de la Sociedad Médica del Distrito Norte, el día 17 de Junio de 1915.

y de cada uno de los miembros que integran esta Sociedad contribuir con todo su esfuerzo y hasta donde alcancen sus facultades al esplendor de estas reuniones científicas que vienen a ser algo así como un oásis en el árido campo de nuestra labor profesional, sirviendo de grato solaz y expansión a nuestro espíritu, ávido de luz y ansioso por conquistar el mayor perfeccionamiento posible para llegar a la Verdad, meta de nuestras aspiraciones. Contando, pues, con vuestra indulgencia y suplicando vuestra atención me voy a permitir exponer ante vosotros esta noche algunas ideas propias que quizás os parezcan peregrinas, pero como son el resultado de mi experiencia personal no me arredra exponerlas ingenuamente a vuestra consideración y lanzarlas a vuesttra sana crítica en el seno de estas reuniones, porque si las creyérais erróneas poco perderíamos y, si por el contrario, fueran acogidas favorablemente por vosotros darían lugar a investigaciones de más altos vuelos que quizás redundarían en beneficio de la Isla y de nosotros mismo como clase. Vengo aquí lleno de la mejor buena fe a cumplir con lo que creo mi deber sin que me guíen rencores ni ideas egoistas, y de ninguna manera quiero que se interprete mi actitud como antagónica a la de otros respetabilísimos compañeros dignos por todos conceptos de mi mayor consideración.

Allá en el mes de agosto del año 1903, siendo alumno interno del Hospital de la Universidad de Maryland en Baltimore, Md., escribí un artículo, que apareció en los números 9 y 10 del "Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico", a propósito de un caso de anquilostomiasis que tenía a mi cuidado en una de las salas de enfermos y como conclusión al citado artículo decía yo: *Frecuentemente se oye decir en Puerto Rico, "el paludismo nos mata", "la anemia aniquila a nuestros campesinos", pero: serán todos ellos casos de paludismo o de anemia? Se han hecho exámenes microscópicos de las heces y de la sangre de esos campesinos que autorice tal opinión? Es sabido que el ejercicio al aire libre, el aire puro del campo y una buena altitud producen un aumento en los glóbulos rojos de la sangre que se manifiesta primeramente en las mejillas; ¿por qué, pues, no están rosadas las mejillas de nuestros montañeses? Por patriotismo y amor a nuestros semejantes no atribuyamos solamente al clima y a la mala alimentación la anemia que reina en nuestros campos; el clima y la mala alimentación indudablemente contribuyen a ella, pero, ¿no será el "uncinaria americanus" o el "duodenalis" el principal factor de ella como lo es de la clorosis egipcia?"*

Estas reflexiones mías fueron inspiradas por la lectura del primer artículo suscrito por el Dr. Ashford, que apareció en los Estados Unidos, sobre la posibilidad de la extensión de la uncinariasis en Puerto Rico. Decía el Dr. Ashford que de 20 casos de anemia observados por él, 19 ha-

bían resultado positivos de uncinariasis y expresaba su creencia de que la infección estaba muy extendida por el país. Al siguiente año empecé a ejercer mi profesión en Puerto Rico y desde entónces he seguido con profundo interés el estudio de tan interesante asunto; pero hoy, después de once años de práctica, después de haber recorrido la Isla de un confín a otro, después de haber observado personalmente miles de niños de su población escolar y, sobre todo, después de haber visto y tratado miles de casos de anemia, puedo contestar mi propia pregunta del 1903, diciendo: *"No! La anemia típica de nuestro país no es causada solamente por las toxinas de un parásito intestinal determinado. Esa anemia es la resultante de causas concomitantes que obran sobre el organismo hasta producirla y de circunstancias especiales al medio en que vive y se desarrolla la población."*

El necator americano es indudablemente un factor de importancia indiscutible en su producción, pero no hay que confundir la parte con el todo y echar en olvido la importancia etiológica que tienen los otros parásitos que con harta frecuencia se encuentran en el tubo intestinal del nativo. Tampoco debemos olvidar, y ésto es importante a mi juicio, el papel principalísimo que en ella juegan la caquexia palúdica y otras causas que expondré a vuestra consideración en el curso de mi tésis. Estamos viendo actualmente que a pesar de los grandes y tenaces esfuerzos que año tras año han venido haciendo las Estaciones de Anemia establecidas en todos los pueblos de la Isla para la extinción de la anquilostomiasis; a pesar de la activísima campaña que sistemáticamente se ha llevado a cabo en los campos para ilustrar al campesino y evitarle reinfecciones, y a despecho, finalmente, del éxito alcanzado con la curación de ciento de miles de uncináricos por el timol, no hemos conseguido aumentar perceptiblemente el índice de hemoglobina en la sangre de nuestro pueblo. Me refiero a la masa del país en general.

Hay que admitir, señores, que con la enérgica y eficiente campaña brillantemente iniciada en el 1904 por la primera Comisión de la Anemia contra el necator y continuada hasta hoy con no menor energía y eficiencia por sus predecesores el grado de infección y el número de los infestados debe haber disminuído notablemente en la Isla; y sin embargo, a pesar de todo, el nativo que regresa a sus lares después de larga ausencia no nota cambio alguno en la faz ni en la manera de ser de sus paisanos, los pálidos de la montaña. ¡Siempre el mismo estoicismo y siempre la misma palidez típica! ¿A qué se debe ésto? Vamos a creer acaso que la campaña contra la uncinariasis no ha tenido éxito? De ninguna manera, señores. Esto se debe en mi concepto a que la anemia típica de nuestro país no es causada por la presencia de un mero parásito intestinal; porque si así

fuera; ¿cómo nos explicaríamos los numerosísimos casos de anemia típica que se nos presentan y donde no se encuentra el parásito culpable? Debemos ahondar más este acunto, debemos darle toda nuestra atención y no dejarnos llevar de espejismos y entusiasmos fugaces. Por generaciones hemos estado creyendo que la anemia de Puerto Rico era producto del clima y de la mala alimentación del campesino; pero hoy, descartando en absoluto la vieja y tradicional teoría nos contentamos con atribuirla a un parásito intestinal. Pero, ¿Es eso todo? ¿Es posible, señores, que en esta Isla tropical, donde existen tantas y tan poderosas causas generadoras de anemia y donde la flora intestinal es tan rica, sea un mero parásito intestinal el que imprima la característica física de nuestra población? ¿Hemos llegado a la meta? Yo, ingenuamente confieso mis dudas y confío en que el tiempo me dará la razón.

Siempre nos ha llamado mucho la atención la presencia casi constante de los huevecillos del tricocéfalo en las preparaciones examinadas, sobre todo en las de los niños; aparecen en mayor número y con más frecuencia que los del necator. Los ascárides son también numerosísimos. Podemos decir por experiencia personal que en el distrito rural de San Germán existe una gran infección de ellos. Vienen después, en menor abundancia, los oxiuros, los estrongiloides y las ténias. La bilharziosis intestinal es frecuente en la costa Sur, según he oído de compañeros reputados y los casos de cercomonas, por lo que a mí se refiere, puedo decir que no son muy raros. He observado también que pocas veces se ve en las preparaciones una sola especie parasitaria, generalmente aparecen dos o más asociadas y en algunos casos es maravillosa la exhuberancia de la flora intestinal, contándose hasta cinco y aún hasta seis especies distintas en una sola preparación. Las asociaciones que se ven más frecuentemente son las del tricocéfalo con el necator, el tricocéfalo con los ascárides y el trío; tricocéfalo, necator y ascárides.

Podemos asegurar sin caer en exageración y sin temor a equivocarnos que en Puerto Rico es lo común encontrar asociaciones parasitarias en el tubo intestinal, y es más frecuente no encontrar parásitos, que encontrar una sola especie parasitaria.

No voy a discutir aquí el poder tóxico de cada uno de estos vermes, concedo que el necator sea el más nocivo, pero hay que convenir en que todos son tóxicos y que todos ejercen una acción hemolítica más o menos pronunciada en la sangre y como consecuencia viene la anemia, que será más o menos profunda según el grado de infección, la toxicidad del parásito y la resistencia del individuo. Los Dres. Cade y Garin, hablando de las relaciones entre el parasitismo intestinal y las hemorragias ocultas, dicen: "nuestras observaciones efectuadas recientemente en el laboratorio de

clínica del profesor Teissier, demuestran la gran frecuencia de las enterorragias ocultas en general, y más especialmente en la tricocefalosis. Las estrechas relaciones que existen enttre el parasitismo intestinal y las enterorragias ocultas han sido puestas de manifiesto por más de sesenta observaciones en enfermos varios atacados de teniasis, ascaridiosis, y, sobre todo, de tricocefalosis. La reunión de esos hechos numerosos y probantes, su confrontación y discusión conducen a los autores a concluir que las lombrices intestinales, cuando menos las lombrices encontradas por ellos (tenia, áscaris, y sobre todo tricocéfalos), pueden producir hemorragias ocultas que la reacción de Weber puede hacer descubrir en las heces. (Arch. des mal. de l'app. digestif. Nov. 1909). La eosinofilia, que es según Weinberg y Leger, una reacción de defensa del organismo contra ciertas sustancias tóxicas, no es tampoco patrimonio exclusivo de la anquilostomiasis y coexiste con otras varias helnnintiasis. Los áscaris, los oxiuros, las tenias, la anguillula estercorale y el tricocéfalos, solos o asociados, determinan en los sujetos que los albergan una eosinofilia sanguinea más o menos pronunciada (Bucklers). Personalmente he tenido ocasión de ver y estudiar casos de anemia intensísima causada exclusivamente por el necator americano; he visto anemias graves provocadas por los ascárides; he podido apreciar, sobre todo en los niños, anemias en donde no aparecían más que tricocéfalos en las preparaciones y finalmente he tenido casos de diarreas y anemias profundas causadas por los estrongiloides y las cercomonas. Es sabido también que las ténias pueden producir anemias graves.

Si sabemos que todos los vermes intestinales pueden causar anemia; si el examen microscópico de las heces fecales en la generalidad de los anémicos nos revela una asociación parasitaria en sus intestinos, ¿cómo nos hemos de contentar con atrtibuir a un solo parásito la causa de su anemia?

El grado de infección palúdica de la Isla no nos es conocido; mas si preguntamos a los médicos de los pueblos por las enfermedades reinantes en su localidad nos dirán invariablemente que son la anemia y el paludismo, y si del seno de la Asociación Médica de Puerto Rico saliera una comisión a investigar este asunto estoy muy seguro que nos asombraría el enorme número de los infestados; creo que es un peligro para nuestra comunidad tanto o más grave aún que la misma uncinariasis. Se presenta en todas sus formas el paludismo, pero en las costas Sud y Este se ven con más frecuencia las formas perniciosas que en las costas Norte y Oeste. Al gran número de infestados corresponde materialmente un número, también considerable, de caquexia palúdica que es, en mi concepto, un factor de suma importancia en la producción de la anemia de nuestro país. La caquexia palúdica puede presentar todos los síntomas que aquí atribuimos invariablemente a la anquilostomiasis y puede ser responsable también de la

apatía y de la falta de actividad mental que creíamos patrimonio exclusivo de los uncinariásicos. La dilatación de corazón, las taquicardias, los murmullos venosos, la hidremia, el edema, el vértigo y todos, en fin, los síntomas de las anemias graves se encuentran aquí. Hablando de estas caquexias, dice Mannaberg: "Son sus víctimas generalmente los pobres y los miserables que viven en malas condiciones sanitarias. Maman en el pecho de sus madres el veneno palúdico, gastan su juventud en medio de la infección y no tienen oportunidad para cambiar su residencia y recuperar la salud perdida. Los caquécticos aparecen siempre más viejos de lo que realmente son y aún los niños toman la apariencia de viejos".

Habréis podido observar también, como yo lo he observado, que los enfermos que asisten a nuestro consultorio sufren generalmente de extreñimiento crónico; se les oye decir que por dos, tres o más días no hacen o no han hecho sus deposiciones, y puede notarse esto con más frecuencia aún en la mujer y el niño. Esta falta de metodismo y de regularidad en las funciones intestinales me parece a mí que es típico e inherente a nuestros paisanos y tan es así, que los "curanderos", que desgraciadamente tanto abundan en nuestro país, han llegado a apercibirse de esta particularidad y la aprovechan para ganar fama de buenos "médicos", recetando purgantes o yerbas-purgantes que necesariamente han de aliviar al enfermo. Habiéndome llamado mucho la atención este estreñimiento crónico que constantemente se presentaba a mi observación inquirí de los campesinos que asistían a la Estación de Anemia detalles sobre el particular y pude averiguar que para muchos de estos campesinos el "estar bien del estómago" quiere decir no hacer deposiciones por dos o tres días.

Ahora bien, señores, si nos fijamos en la composición química del excremento y su importancia clínica; si recordamos la exuberancia de la flora intestinal tropical y si a ésto añadimos un estreñimiento constante, bien podreis comprender las auto-intoxicaciones lentas, crónicas, que sufren estos individuos por la absorción de los productos retenido y descompuestos de la digestión, que han de determinar *per se* en el organismo anemias graves y aún la anemia perniciosa sin necesidad de las toxinas de los vermes intestinales.

Estas auto-intoxicaciones crónicas originadas por el estreñimiento, no solamente causan anemia sino que, en determinadas ocasiones, cuando van acompañadas de las toxinas de los parásitos intestinales, provocan crisis agudas que presentan cuadros clínicos variados, simulando la tifoidea, las paratifoideas, el paludismo, la meningitis, apendicitis, etc., y dan lugar a errores de diagnóstico. Cuando estas crisis toman la forma de la tifoidea o de la para-tifoidea, Chauffard, Marie y otros las denominan tifolumbricosis y nos dicen que no solamente pueden dar lugar a procesos fe-

briles de algunas semanas de duración sino que pueden también originar anemias graves en algunos casos. El Dr. López Sicardó, ha podido notar en el Hospital Municipal de esta ciudad, y así nos lo dijo en una de las reuniones pasadas que constantemente se presentan enfermos con diagnósticos variados que, al recibir una fuerte dósis purgante, al que las enfermeras llaman comunmente "un barre campo", quedan libres de la fiebre y curados de su enfermedad. Debo mencionar aquí y es por todos conceptos digno de encomio la práctica seguida en el Hospital Municipal, que debiera imitarse por todos los Hospitales de la Isla, de examinar sistemáticamente, por patólogo competente, las heces fecales de los enfermos admitidos, para llegar con más precisión al diagnóstico de la enfermedad.

En la inspección médica de las escuelas de la Isla que he terminado recientemente he podido examinar personalmente más de 25,000 niños de ambos sexos que fluctuaban entre los 5 y 21 años de edad y he notado con sorpresa y pena que un promedio de 80% a 85% (el Dr. Gómez Brioso, que hizo la inspección escolar de San Juan, ha encontrado más de un 90%) sufren de caries dentarias que en muchos casos han convertido sus bocas en focos inmundos de infección. Estos niños y estos adolescentes padecen o padecerán en su mayor parte trastornos digestivos difíciles de enumerar, que darán lugar más tarde a enfermedades gastro-intestinales crónicas, con la consiguiente devitalización de las paredes, absorciones defectuosas, falta de resistencia a los ataques de los parásitos y toxinas intestinales y como sequela la anemia y el invalidismo.

El Dr. Herman (Rev. de Med. y de Cir. prácticas No. 1102) hablando de las caries dentarias dice: "Las caries dentarias y encías dolorosas no permiten la masticación; el alimento se detiene en las anfractuosidades de las cáries, se descompone y no impunemente pasa el tubo digestivo, haciéndose a veces esta infección general. Huster cree que una septicemia bucal, como punto de partida, puede ser causa de una anemia perniciosa. La masticación imperfecta, con digestión incompleta, da por resultado la caquexia y la anemia".

Teniendo en cuenta, pues, lo expuesto, y excluyendo naturalmente las anemias secundarias de origen conocido, podemos decir en términos generales:

1o.—LA ANEMIA TIPICA DE LOS HABITANTES DE PUERTO RICO NO SE DEBE EXCLUSIVAMENTE A UN PARASITO INTESTINAL DETERMINADO.

2o.—ESTA ANEMIA PUEDE RECONOCER POR CAUSAS: (a) LAS TOXINAS PRODUCIDAS POR UNO O DERIVADAS DE VA-

RIOS DE LOS PARASITOS QUE GENERALMENTE VIVEN ASOCIADOS EN EL TUBO INTESTINAL DEL NATIVO; (b) LA CAQUEXIA PALUDICA Y LA CAQUEXIA FILARICA; (c) EL ESTADO HABITUAL DE ESTREÑIMIENTO CRONICO DE LA POBLACION; (d) LOS DEFECTOS DENTARIOS QUE SE NOTAN EN LA GRAN MAYORIA DE SUS HABITANTES.

3o.—LAS CAUSAS QUE SE ACABAN DE MENCIONAR, OBRANDO SEPARADA O CONJUNTAMENTE EN UN MEDIO COMPLETAMENTE DESFAVORABLE (LA FALTA DE ALIMENTACION APROPIADA, FALTA DE HIGIENE Y BUENA HABITACION Y FALTA DE ATENCION MEDICA A SUS ENFERMEDADES) PRODUCEN UN ESTADO DE INTOXICACION CRONICA DEL ORGANISMO, LE DEBILITAN, LE AGOTAN, Y, GRADUALMENTE, LE LLEVAN AL EXTREMO DE POBREZA FISIOLOGICA QUE ES LA TRISTE Y DOLOROSA CARACTERISTICA DE NUESTROS CAMPESINOS.

No quiero terminar, señores, sin manifestarles mi reconocimiento y darles mis más expresivas gracias por la atención que me habéis dispensado y por la benevolencia con que habéis acogido mis palabras.

DISCUSION: El Dr. Ashford afirma que la causa principal de la anemia en los campesinos de Puerto Rico se debe a la uncinariasis, y que el tratamiento que se ha llevado para dominar esta enfermedad ha dado sus resultados positivos, Sostiene que el *ascaris lumbricoides*, el *tricocéfalo*, y demás parásitos intestinales, no causan *anemia generalmente*, siendo la *uncinaria* la que produce esta acción en la sangre del campesino de este país por regla general.

Basa su argumento en que al tratar un anémico del campo en cuyas heces se encuentran ovas de uncinaria, lo que casi siempre ocurre es una alza rápida en hemoglobina con curación completa del paciente. Además hace recordar al Dr. Quevedo, que el promedio de hemoglobina del campesino de la montaña en 1904 era 43.09% y que después del tratamiento específico de 500,000 individuos por uncinariasis durante un período de 10 años, este promedio subió a 72.22%—una ganancia en 60% de hemoglobina sobre lo que antes era.

Recuerda también la constancia que han hecho 224 hacendados del país que, con sus peones tratados de anemia uncinariásica, habían ganado un 61.7% en eficiencia para la labor diaria de sus fincas.

Y si la anemia estuviese presente en un paciente infestado de estos parásitos,

no se ha probado satisfactoriamente que ellos hayan sido la causa.

El Dr. Gutiérrez Igaravídez sostiene los mismos argumentos del Dr. Ashford, y en síntesis dice:

1o.—El primer estudio que se hizo en Puerto Rico de las anemias de este país por la Comisión que llevó este mismo nombre, Comisión de Anemia de Puerto Rico, demostró de una manera evidente, que este síntoma se hallaba como cosa natural, producido por distintas causas; pero que la anemia dominante en Puerto Rico, la que invalidaba e invalida al trabajador campesino de Puerto Rico, tenía y tiene por único factor etiológico, el *necator americanus* o *uncinaria.*

Todo lo que se diga con relación a otros agentes o factores causantes de anemia, ha sido juiciosamente considerado por aquélla Comisión, en los servicios que le sucedieron, y por todos los médicos que en Puerto Rico dedican sus empeños a esta clase de investigaciones.

Acaso se diga que la campaña contra la anemia en Puerto Rico no ha logrado librar de anémicos a la isla; pero para los que saben la forma en que se ha realizado esta campaña, el enorme número de infestados, y las condiciones higiénicas en que vive nuestra población rural, no será extraño que queden anémicos; lo que les sorprenderá es, que se haya abatido la morbilidad en este padecimiento al grado tal que hoy existe, y que se hayan disminuído en números tan considerables, las cifras de mortalidad por el mismo. Prueban estos hechos, la investigación llevada à cabo en las fincas cafeterás, acerca del aumento en la capacidad productiva de los peones, y las estadísticas demográficas de la Isla.

Es claro que demostrado universalmente en Puerto Rico que la causa de la anemia que sufría el 90% de la población rural, no era otra que la *uncinariasis,* han quedado y quedan por tratarse, no por conocer, todas las anemias secundarias que así corresponden a entidades patológicas tropicales, como a morbosismos de índole general.

La anemia, por ejemplo, consecutiva al paludismo, se deja sentir, es verdad, en las zonas palúdicas, (que de paso, debo decir, no han sido todavía estudiadas; y cuyas zonas las irá marcando el Instituto de Medicina Tropical en sus expediciones sucesivas); pero allí donde se deja sentir la anemia por uncinariasis, y la anemia por malaria, el cuadro es tan grave, que en un tiempo llegó a considerarse esta conjunción de padecimientos, como una entidad clínica.

Pues bien; ésto que es un hecho probado, corrobora cómo el factor uncinaria es aquí el elemento anemizante más poderoso, porque en nuestra reciente expedición a Barceloneta, donde se pudo demostrar un 60% de personas infestadas con el plasmodium de Laverán, y un contingente respetable de formas crónicas, se dieron relativamente escasos tipos de anemia por bajo de un 50% de hemoglobina, por la razón sencilla, de que los concurrentes a nuestro Dispensario, habían sido ya, en años anteriores, vigorosamente tratados por el timol, que libró de parásitos intestinales su tubo digestivo. No tuvimos en Barceloneta aquéllas infecciones intensísimas por uncinariasis; y en cambio tuvimos un elevado promedio de la infección por el plasmodium de Laverán.

''Dice que en más de 400 casos de personas examinadas por él en Barceloneta, encontró más de un 60% de malaria y cree que la infección en este distrito es mayor aún, calculándose un 80% o un 85%.''

''El Dr. Saldaña felicita al conferencista y elogia a la vez el trabajo realizado por el Dr. Ashford en lo que se refiere a la uncinariasis en Puerto Rico, reconociendo también la labor del Instituto de Medicina Tropical, el que sin duda

alguna, dice será de un gran provecho para el país. Llama la atención de que no se debe tener presente únicamente como causa de la anemia en Puerto Rico a la uncinariasis; dice que el médico no debe ser sugestionado por esta enfermedad, y que cree muy oportunas y dignas de tomarse en consideración las entidades patológicas que cita el Dr. García de Quevedo, como causas también de la anemia en Puerto Rico.''

El Dr. García de Quevedo, dice que para aclarar conceptos y terminar la discusión debe manifestar que él cree al necator americanus un factor principalísimo en la producción de la anemia de Puerto Rico, pero no puede admitirlo como única y exclusiva causa de la anemia del jíbaro. Que antes había la tendencia a atribuir la anemia del país al clima y a la mala alimentación y hoy decir ''anemia'' en Puerto Rico era decir ''uncinariasis''. Que el objeto de su tema era destruir esta tendencia errónea y perniciosa que se iba acentuando aún en la clase médica del país. Que el meritísimo trabajo de la primera Comisión de Anemia lo consideraba como un gran paso de avance en el esclarecimiento de nuestros problemas de higiene y medicina tropical. Que la última palabra sobre la anemia del jíbaro no se ha pronunciado aún y admitiendo como conclusiva la teoría de que necator americanus era la única y exclusiva causa de la anemia típica del país se cerraban las puertas a nuevas investigaciones. Que la malaria era una de las enfermedades más anemiantes que se conocen y que el Dr. Gutiérrez Igaravídez había francamente confesado, después de un estudio de 400 campesinos, que la zona de Barceloneta daba un promedio de 85% de infestados de malaria. Que el jíbaro no se curaba la malaria en el sentido extricto de la palabra y si había en Barceloneta un 85% de afectados de malaria el número de los afectados de caquexia malárica debía ser inmensa en la isla, especialmente en las costas Sud y Este. Que él creía la isla gravemente infestado de malaria en su totalidad aunque, naturalmente, los sitios altos, el centro de la isla, no lo estaba tanto como las costas.

ENSAYOS CLINICOS Y CRITICOS

LA FIEBRE TIFOIDEA Y SU TRATAMIENTO.

El sistema de Brand y los otros

Opoterapia Previsora y Medicación Racional Iodo, Arsénico, Estricnina (1)

POR EL DR. VERNIER.

Trad. por el *Doctor Rodríguez Ruiz.*

En 1871, nos dieron los alemanes una doble lección. Nos han convencido de la importancia de una buena preparación militar y de la necesidad de un baño frío en el tratamiento de la fiebre tifoidea.

(1) Esta crítica, bastante viva, de los métodos alemanes, fué escrita mucho antes de la guerra y estaba ya compuesta en junio de 1914.—*Journal de Med. et de Chir. practiques*, 25 de agosto de 1914.—Recibido con retraso, bien justificado.

La primera nos parece tan dolorosamente evidente, que hemos conservado la segunda y, desde hace más de cuarenta años, el método de Brand nos parece tan inviolable como el tratado de Francfort.

Cuando nos hayan demostrado, por el alivio que acaban de hallar en su pesada ptosis en la marcha horizontal, que la especie humana toda está cansada de estar de pié, con toda la vivacidad legendaria de nuestro espíritu, nos apresuraremos a seguirles a cuatro patas, y cuando hayamos adoptado la moda alemana y el hábito de ser bestias, podemos prever que esto será para largo tiempo.

Así como el método, fijado en nuestro cerebro por medio siglo de sugestión teutona, nos parece ofrecer "ventajas positivas" sobre la vacilante terapéutica de los antiguos, la marcha a cuatro patas parecerá otorgarnos un "avance real" sobre los animales que no las tienen y nos colocará, zoológicamente, con satisfacción, detrás de los batraceos, para evitarnos la dificultad de seguir a los monos.

Pero se encontrará también cojos que pretendan que su aspecto, algo diferente, es igualmente bueno. Entonces presenciaremos el desarrollo de los aspectos "modificados".

"El baño frío ha señalado un progreso real; lo subscribimos desde la gran revelación. Pero si tenéis el corazón sensible, lo podéis mostrar. Evidentemente, el Brand puro es un poco riguroso, 18 a 20 grados; es casi la Siberia para el pobre ser que se calienta a 40 grados; podéis suavizarlo, metiéndolo en agua tibia."

El Brand, "modificado" por un poco de humanidad, quedaba descubierto. Bañistas y bañeros se hubieron de felicitar de ello. La estadística no había dado un tropezón.

Y fué éste un progreso tan grande, que desde entonces se le conserva. Una mengua de 8 a 10 por ciento, representa, aun hoy, muy lejos de Brand, y a despecho de los afeites que mataron el mismo espíritu de su método, la proporción de los desgraciados que la ebertiosis debe vencer. ¿Lo debe a él? Afirmamos que no. Esta mengua representa, aproximadamente, la proporción de aquellos que no pueden abandonarlo por completo e intentaremos demostrar que un tifoideo tiene todas las probabilidades de curar a condición de que, una vez limpio, lo saquen del baño y se le cuide en su cama. Pero, que se le cuide, por último, ofreciéndole algo más que una maceración de su epidermis; un método terapéutico seguido una observación clínica más exacta, establecida sobre nociones patogénicas más precisas, apoyada en datos fisiopatológicos más modernos, enriquecido, en fin, con toda la luz que debería haber, desde hace tiempo, penetrado el largo misterio ebertiano y disipado la sombra de Brand.

Es sorprendente el observar que las preciosas adquisiciones realizadas

por todas las ramas de la ciencia médica, no hayan podido hasta ahora modificar nuestro concepto no limpio de la dotinentería, y, precisado el progreso ebertiano, hacer progresar en una línea el tratamiento de los tifoideos.

¿Sería esto la especialización demasiado grande, tan justamente prohibida, de nuestro espíritu científico, que nos haría perder la facultad de objetivar nuestras ideas conservadas, infecundas, en el estrecho círculo de las especulaciones doctrinales y nos impediría reflejarla en concepciones utilitarias? Y el exclusivismo de algunos teóricos dogmáticos, prematuros, ávidos de autoridad más que de sabiduría—que creen suplir la observación muy larga de los fenómenos por la hipertrofia de una imaginación atrevida y nebulosa—¿sería, con el resultado de nuestro modo de entrenarse en el estadio universitario para el campeonato del juego de la bola, la única razón del estéril desacuerdo que reina entre los elegidos olímpicos?

En todo caso, un verdadero cisma se desprende, necesariamente, de la ciencia impracticable de las escuelas, del arte de curar, la ciencia positiva del práctico, del luchador activo a quien no dirige el orgullo ni la loca de la casa, sino la experiencia de las batallas inmediatas, urgentes, que pronto hacen del recluta un veterano.

"¡Si los modestos soldados tuvieran tiempo de contarnos sus campañas, decía lamentándose últimamente un sabio, cuántas cosas interesantes nos dirían que no sospechamos siquiera!"

El tiempo, ya lo toman algunas veces; pero la palabra breve, dibujada tempranamente en el curso de la acción incesante, no llega nunca hasta vosotros. La experiencia del combatiente obscuro queda perdida para la fiera estrategia, perdida con la rica cosecha de hechos que podían reparar las pérdidas de su ruta de sabio.

Por eso vuestros magistrales libros son tan pobres en enseñanzas prácticas.

¿Está vacío, pues, el arsenal médico? ¿Una pila de baños--- es todo cuanto podéis ofrecer, después de cuarenta años de vanos descubrimientos, al neófito, aterrorizado por el polimorfismo de la hidra de cien cabezas solapadas? El baño frío, es decir, todo el esfuerzo pedido a las reacciones biológicas, con peligro de romperlas. ¿Exigís órganos sólidos? Es cierto. "Pero si el enfermo posee resortes, piensan algunos abstencionistas prudentes, dejarlo tranquilo: el baño frío es superfluo." Y éstos, cuando menos, lógicamente se cruzan de brazos. Resulta al mismo precio; sólo cuesta el 8 o 10 por 100, no más. La estadística es la que no tropieza nunca.

¿Es, pues, la bancarrota de la terapéutica? No. Conocemos perfectamente los recursos inexpugnables, pero la misteriosa pila de baños fascina hasta tal punto al espíritu didáctico, que en ella se ahoga y no sale más.

!En vuestra vida de estudiantes os acordáis de haber encontrado jamás en vuestros libros, después de la historia de una enfermedad, en lugar del escamoteo habitual, en tres líneas, de su tratamiento, la descripción de un procedimiento terapéutico capaz de igualar en importancia al que se concede al sistema de Brand! ¡Y no haber visto jamás, sobre la ola ascendente de vuestros conocimientos, un navío de mayor tonelaje ni de más alta enverjadura!

Incendiemos la Santa Bárbara. Ya está hecho. Vayamos ahora en busca de la verdad de la verdad. Estudiemos al enfermo y que el buen sentido dicte los cuidados.

¿Qué es la fiebre tifoidea? Una infección general o que tiende a generalizarse, una septicemia debida indudablemente al bacilo de Eberth, cuya puerta de entrada, ordinariamente la intestinal, puede ser absolutamente cualquiera. Una enfermedad que, abandonada a sí misma, en un organismo "en equilibrio", evoluciona, generalmente, de una manera regular, con una sintomatología fija, y termina espontáneamente por la curación; así lo prueban los abstencionistas.

Como toda infección, la ebertemia puede atacar a la economía en grados diferentes. Puede ser lavada, abortiva, frustrada, benigna o muy grave; pero el observador atento que depone sus prejuicios clásicos para seguir imparcialmente la lucha, pronto se apercibe de que su variable intensidad deriva, naturalmente, de la desigual oposición de las fuerzas que entran en juego: de una parte, la virulencia del agente infeccioso; de otra la resistencia del sujeto, o su grado de receptividad, y que las formas clínicas, cuya variedad abarrota nuestros libros, sólo están separadas, en realidad, por la diferencia de un síndrome, del síndrome característico de una relajación, de un desfallecimiento orgánico o funcional.

La realización de la ebertemia experimental y el descubrimiento constante del Eberth en la sangre de los tifoideos, han demostrado la especificidad de esta infección y el examen sistemático de la sangre en los casos dudosos, achacando a la fiebre ebertiana multitud de estados morbosos obscuros, parece haber hecho el proceso de las infecciones paratifoideas.

Con estos nuevos datos, nuestra concepción patogénica de la fiebre tifoidea se precisa y se ensancha más allá del estrecho cuadro, que las descripciones clásicas asigna todavía a la *dotinentería.*

El "drama intestinal", epifenómeno tardío en el curso de una infección sanguínea, no puede ser considerado como una entidad morbosa; pues no es posible ver en la ulceración intestinal una lesión esencial. Falta en una multitud de casos ebertianos frustrados, así como en las formas subagudas de la septicemia. Parece ser una lesión que complica las for-

mas medias, prolongadas; una lesión secundaria, tardía que revelaría siempre la "toxihemia".

La ulceración intestinal es, por otra parte, una lesión común a muchas intoxicaciones graves, endógenas o exógenas,. Se la halla en las quemaduras extensas de la piel, en el envenenamiento con el arsénico, el emético, el sublimado, en la escarlatina, uremia, etc.

La dotinentería no es, pues, toda la fiebre tifoidea. Estas dos designaciones no pueden seguir siempre sinónimas.

Tracemos de esta pirexia un rápido estudio de conjunto e intentemos el aislar clínicamente los caracteres esenciales. Veamos la enfermedad como prácticos.

Período de incubación.—Infectado generalmente por vía digestiva, el enfermo presenta todos los síntomas de un empacho gástrico, más o menos acenttuado, que se prolonga durante ocho, diez o quince días, algunas veces más,, y que va acompañado de una sintomatología vulgar. Estado saburral, anorexia, diarrea, a veces estreñimiento y vómitos, quebrantamiento, artralgias, insomnio, cefalalgia, etc. Pequeñas subidas de la temperatura, con pulso casi normal, completan el cuadro clínico de este período, que puede presentar remisiones más o menos largas y casi completas. Pero por la sola repetición de los fenómenos, espontáneamente, o después de los purgantes o vomitivos usuales, este empacho gástrico que *se prolonga,* que se eterniza, en las bajas temperaturas, con pulso normal o casi normal, tiene todas las probabilidades de ser un estado ebertiano.

Y no nos equivocamos. En este período la diazorreacción, el serodiagnóstico, pueden perfectamente inducirnos a error. La investigación del Eberth en la sangre resultaría negativa, y la hipoleucocitosis no probaría nada aún.

El diagnóstico etiológico precoz sólo puede hacerse con los únicos datos clínicos, que son suficientes, cuando menos, para determinar la acción del práctico. Este no será retardado por las dificultades de un diagnóstico diferencial, que únicamente se impone en las formas septicémicas, desde el principio, excepcionales o anormales, que son raras. La anomalía de los comienzos es, con frecuencia, más aparente que real. El período de incubación puede ser muy silencioso, puede acompañarse de malestares lo bastante vagos para no alarmar mucho al enfermo; pero la indagación de los antecedentes, un interrogatorio minucioso, permitirán con frecuencia reconocer, antes de la explosión aparatosa de un síntoma, el trabajo preparatorio del Eberth.

Se puede, pues, admitir, en la práctica, que en un período de incubación, más o menos largo, más o menos franco, marca siempre el comienzo de las formas corrientes y que la misma insidiosidad de los fenómenos ca-

racteriza suficientemente el proceso ebertiano para decidir un diagnóstico precoz, y muy pronto, una acción terapéutica racional, de la cual dependerá la benignidad de la infección.

Período de oposición.—Período prodrómico de los autores. Es la fase de las oscilaciones progresivamente crecientes de la curva térmica. Se caracteriza por la persistencia, mucho más aún que por la exageración de los fenómenos del período precedente, que adquieren, desde este instante, por su agrupación, la importancia de los verdaderos signos de certeza; y vamos a ver como se desarrollan los otros.

El bacilo de Eberth ha colonizado en el intestino, ha invadido los folículos cerrados, las placas de Peyer, el tejido linfoide submucoso. Por la doble circulación, linfática y sanguínea, tiende a invadir la economía entera. Una primera barrera, el *hígado*, se levanta contra el invasor y sus toxinas. Inspeccionad el hígado: está aumentado. *Está aumentado* antes que el bazo, que está casi siempre disimulado al comienzo de este período por cierto grado de distensión gaseosa del estómago. La percusión retrohepática, practicada con la última falanje del dedo medio, montado sobre el índice, acusa este aumento de volumen, que no es siempre apreciable por un desbordamiento del lóbulo derecho por debajo de las costillas. La exploración subcosttal, practicada previa relajación de los músculos rectos abdominales, demuesttra, además, que *el hígado está doloroso,* sobre todo en el hueso epigástrico. La auscultación del tórax por detrás revela, casi siempre en este período, en la base derecha, una zona de estertores crepitentes finos, algunasveces frotes pleurales, más o menos discretos, que pueden quedar reducidos a un sencillo deslizamiento sedoso de las pleuras, al final de una inspiración fuerte.

Esta *zona crepitante suprahepática* es un signo de *simpatía* abdominal, que adquiere, a nuesttro modo de ver, un gran valor por su frecuencia, en ausencia de todo otro fenómeno pulmonar.

Con la ciudadela hepática, que se opone a la invasión sanguínea por la vía de la porta, el organismo ofrece aún, en primera línea de defensa, la protección de su sistema ganglionar mesentérico, que se opone a la invasión por la vía linfática.

En segunda línea, solidarizadas en un mismo esfuerzo de oposición, vienen las glándulas vasculares sanguíneas: bazo, riñones, suprarrenales, hipofisis, tiroides, órganos linfoides; por último, la actividad propia de las células fijas y migradoras.

Y no perdamos de vista, desde este momento, el papel de cada órgano, al cual podrá responder un síntoma, o un síndrome, de una importancia pronóstica capital en el período de estado.

La batalla ha empezado. El Eberth no ha roto todavía las primeras

líneas, pero sus venenos han sido ya difundidos. Contra ellos, las glándulas vasculares sanguíneas ejercen inmediatamente su acción antitóxica, y, por la superactividad de sus secreciones endócrinas, contrarrestando la repercusión de la toxemia en los diversos aparatos, se esfuerzan en restablecer el equilibrio fisiológico.

El *bazo aumenta de volumen;* las células migradoras, invalidadas por el primer choque infeccioso, se repliegan hacia este gran ganglio, al cual incumbe la selección de los resíduos susceptibles aun de servir, y la misión de enviar tropas de refuerzo. El examen de a sangre revela, desde este momento, una *hipoleucocitosis* marcada, pero que no tiene nada de específica; las "movibles" van a la vanguardia, ocupan las líneas de contacto y los centros de protección activa.

La toxemia, incipiente, sorprende la sensibilidad del riñón, que se congestiona y deja filtrar *orinas escasas.* Este reflejo de cierre cederá bien pronto, si reina solidaridad entre los órganos eliminadores o destructores de toxinas. En caso contrario, el riñón permanecerá sordo a las impulsiones de una sangre hipertóxica y la *rareza persistente de la orina será un síntoma del peor augurio.*

El intestino, la piel, el estómago, a las veces, se esforzarán, mancomunada o aisladamente, en suplirle por abundantes descargas—no siempre las suficientes—y podremos ver y describir, durante mucho tiempo todavía, tantas formas como efectos tóxicos apreciemos. Pero el práctico avisado no se contentará con bautizarlas. Dará, a las formas sudoral, renal, abdominal, biliosa, atáxica y adinámica precoces, la interpretación exacta que requieren. No esperará la aparición de síntomas de desfallecimiento, las complicaciones hemorrágicas, cardíacas, cerebrales, espinales, etc. Tomando briosamente la ofensiva, no perderá de vista el "terreno". Investigará, sin retardo, las taras fisiológicas, y, con un tratamiento apropiado, una juiciosa opoterapia, procurará sostener el órgano o la función máltrechos, y evitará el drama.

¿Adquiere la *tiroides,* en este período, una *importancia dolorosa?* La septicemia, sin duda, será grave; algún sitio, mal defendido, o en estado de infeioridad adquirido, podría, cediendo, romper la cadena de oposición.

¿Una *astenia* intensa con *hipotensión?* ¿Un *dicrotismo* marcado? ¿La *línea blanca* de *Sergent?* Vigilaremos las *cápsulas.*

¿El *corazón* funciona irregularmente? ¿Se inicia por el momento un *ritmo* fetal? Está bien, su fibra no sufrirá alteración alguna, si no lo estaba antes; sólo la inervación es la causante.

El síndrome miocárdico precoz es mucho menos el efecto inmediato de la toxemia o de la hipertemia, que la expresión de un trastorno de la

inervación central o ganglionar propia del corazón, por *rotura de las funciones sinérgicas* de las *glándulas hipofisarias y suprarrenales.*

Período de estado.—Si nos fijamos atentamente, no costará trabajo reconocer que el período de estado se halla, sobre todo, dominado por la noción de las insuficiencias orgánicas adquiridas o accidentales, que acabamos de ver iniciarse en el período prodrómico.

Durante esta fase, la ebertemia constituye, verdaderamente, la piedra de toque sobre la cual cada órgano debe aquilatar su valor. Y téngase presente que la victoria o la derrota dependerán de la armonía más o menos completa de las resistencias de las fuerzas reaccionales: más aún que de la virulencia del Eberth, que, forzando las "guardias de corps", va a generalizar su ataque. Los desfallecimientos se afirmarán en el curso de este período, y la gravedad de la situación está pendiente de la importancia de un síndrome, de la fragilidad de un órgano o de un aparato ante la toxemia o el choque ebertiano.

El tifoideo equilibrado "carece de historia". Basta ponerlo y mantenerlo en él para convencerse de que la enfermedad sólo tiene una sola expresión patognomónica, la *fiebre.* Esta se hace *contínua.* La meseta se precisa, midiendo, por su altura, el esfuerzo, el solo esfuerzo de la economía que se defiende contra la evolución, contra una flora de toxinas "hipotermizantes", contra la invasión de un gérmen cuya virulencia puede ser muy variable, a las veces lo bastante débil para dejar indiferente el reflejo térmico.

Las "formas apiréticas" no son raras; en ellas, el Eberth, apenas diferenciado del colibacilo, tropieza con un organismo pasivo.

Esta explicación, de paradoja, vale tanto como cualquiera otra—y no salva a los Brandistas.—No excusa tampoco al práctico que, obsesionado por la fijeza del *signo térmico,* no titubea en oponerle___ la antipirina, ese otro medio de "enfriar" por inhibición de los centros.

El temor de aumentar su torpeza directamente, o indirectamente cerrando más el riñón a las toxinas, no ha impedido que este pobre medio de seguridad, debido a los austriacos, ¡haya sido erigido en método!

Y se puede ver a tifoideos enervados evolucionar en una apirexia cierta, e ir tirando como pueden—o morir—de las complicaciones que surgirán entonces, más numerosas, más peligrosas, o de una convalecencia, que tampoco acaba nunca. La violencia hecha al barómetro no modifica el tiempo.

Pero, ¿qué pensar de la inspiración que hace asociar semejante sistema al otro, al de Brand?

¡Disminuir, hasta aniquilarla, la impresionabilidad de los centros superiores, aumentar más su torpeza—el estado de tifos—con la anarquía

de los centros secundarios, y en estas condiciones, pedir al baño frío, con la represión de los fenómenos atáxicos, solicitar del cerebro agotado reacciones fisiológicas normales! ¿No es ésto excitar a un loco con la camisa de fuerza?

"Pase para la antipirina, se dirá, pero el baño frío reune tales ventajas..." Se nos dice: "Es un poderoso diurético" ¡sí, como las emociones! "Por el choque provoca reacciones de defensa"—también el miedo y el dolor—como él pueden, incluso, matar y nadie ha soñado en utilizarlas ¡es bien raro! "No exageremos." No, saquemos al desgraciado del baño al primer escalofrío de espanto, para sumergirlo de nuevo, muy pronto, a la primera iniciación de la fiebre. No lo hagamos a cosa hecha. Empleemos buenas formas, refinamientos—ved los "métodos modificados"; son igualmente eficaces, para disimular la incuria *in cura,* o la indiferencia—y aun podéis modificarlos, hasta el infinito.

¿Os molesta la fiebre siempre? Acabad con ella, clínicos; afirmad vuestra soberana potencia; el enfermo hallará, al fin, su merecido.

No, esta fiebre "activa", que traduce un esfuerzo contínuo de oposición, la impulsión más viva dada por el exagerado reflejo de los centros a los actos de defensa, es una fiebre respetable, que estigmatiza la ebertemia. Debe ser, para nosotros, como para los antiguos, un signo de certeza clínica suficiente, antes del "drama dotinentérico", y sus revelaciones supérfluas en la mesa de autopsias.

El suprimirla es una falta de sentido. Tenemos algo mejor por hacer.

Período de defervescencia.—*Progresivamente el estado del enfermo mejora.*—La temperatura inicia una lisis tranquilizadora; en veinticuatro horas, llega a la normal algunas veces.

En este instante, una gota de sangre, extraída, revelará, con la *hiperleucocitosis* de buena ley, una *reacción mononuclear* intensa, así llamada, sin duda, por indicar que la *acción* está *terminada* y que las tropas abandonan los lugares de combate, para dar vuelta al campo de victoria, antes de ingresar en los hogares fortalecidos con una inmunidad caramente adquirida.

Sea de ello lo que fuere, la fiebre cesa. Los demás síntomas se atenúan. Renace la calma, con un apetito vigoroso, que se satisface prudentemente. Se va a entrar en convalescencia; guardaos de cometer una transgresión en la alimentación, de la que no siempre quedaría impune el paciente.

El médico que cumplió con su deber, desde entonces se tranquiliza. Pero "el otro", perdiendo con la razón de bañar todo determinismo, y con la pila de baños la seguridad oficial de su conciencia, siente que ésta se perturba por primera vez. El espectro de la "muerte súbita" puede surgir

todavía y esta vez le dejará siempre sin opinión, pero, sobre todo, sin excusa. Sabe lo repentino del drama, tanto, como parece ignorar su causa.

Las formas prolongadas, las recaídas, así las nombra, aun las moja. Las complicaciones del período de estado, si no las previó siempre, las confirma, las comprueba, las explica; la hemorragia intestinal, la perforación, la peritonitis; he aquí hechos tangibles con los cuales aportan una justificación de la muerte, consoladora.

Pero la muerte súbita, ese gran sindrome final de todas las faltas cometidas, de las cuales la más grave es la indiferencia o la terapéutica insuficiente, la muerte súbita escapa a su perspicacia; y la ineptitud para establecer la relación de los hechos, como la de atribuirlos a su verdadera causa, constituye el delito que ha de tenerse en cuenta, menos contra el práctico, que contra el sistema científico, del cual es víctima, juntamente con el enfermo.

Encerrado en el marco de las doctrinas, engañado por dificultades no reales, el práctico permanece insensible a la clara lógica—que hubiera podido orientar, decidiéndolo, su sentido clínico—y por haber despreciado sus recursos ciertos como el medio de utilizarlos, el precioso bagaje de sus conocimientos ha quedado inmovilizado sobre el mal camino, perdido para la acción.

Tratamiento.—No describiremos la pila de baños. Pero inspirándonos en nociones etiológicos y patogénicas elementales, al alcance de todos, adquiriendo nuestro bien, en el dominio terapéutico común, abriendo los ojos que la naturaleza concede a cada uno—y con un poco de buen sentido que no niego a nadie—veamos si es posible, en todos los casos, ofrecer a los tifoideos un método de tratamiento racional, regular, capaz de responder, a las indicaciones patológicas más generales y a las necesidades del combate.

El tratamiento de la fiebre tifoidea debe ser etiopatogénico y sindrómico con previsión. Constituirá una acción terapéutica fija, principal, dirigida contra la infección, y otra secundaria, variable, inspirada, erigida por los síntomas, sin que ello quiera decir sintomática.

Guardémonos, pues, de confundir el *método* con el *sistema* y de caer en el error con motivo de dos medicaciones nuevas: la *urotropina* y la *tintura de iodo.*

La primera representa un laudable esfuerzo para apartarnos del baño; la segunda señala un gran paso hacia la lógica.

Veamos el valor de estos dos medicamentos: la urotropina es, ante todo, un diurético y un desinfectante de las vías urinarias.

Como antiséptico responde, pues, este medicamente, a indicaciones muy particulares; pero, a parte de las complicaciones sépticas del aparato

urinario, no es superior a los medicamentos de este género, y la ventaja de realizar un cierto grado de esterilización de la orina, no debe hacernos olvidar que su empleo, por largo tiempo, a dosis eficaces, no está exento de inconvenientes para el riñón.

Su uso, por consiguiente, no deberá ser sistematizado, en tanto no se vea, por modo de cierto, de qué manera puede influir en la evolución de la septicemia ebertiana.

El *iodo* tiene un empleo más general. Hemos, uno de los primeros, reconocido sus ventajas preciosas, que le confieren una incontestable y alta superioridad sobre el resto de las medicaciones sistemáticas. No tememos afirmar que el iodo es, a la vez, el medicamento por excelencia, cuando no el específico, de la infección ebertiana, y el modificador fisiológico más eficaz que se puede actualmente oponer.

Ningún medicamento podría, en efecto, responder a tantas indicaciones esenciales.

Su acción antiséptica, bactericida y antitóxica muy amplia, se extiende mucho, gracias a su extrema potencia de difusión; hace de ella un modificador de primer orden de la causa extrínseca de la enfermedad.

Su acción fisiológica general le coloca, además, en el primer lugar de los modificadores patogénicos. Por la superactividad circulatoria que determina, facilita los cambios, mueve los éxtasis, abre el riñón.

Bajo su influencia se perfecciona la hematosis; la excitación desordenada de los centros y la anarquía de los reflejos ceden ante una sangre menos asfíctica. Rómpense los espasmos arteriales, ábrense las coronarias, asegurando la circulación y nutrición del miocardio. El rendimiento de las glándulas endócrinas mejora. Crece el coeficiente leucocitario y la fagocitosis se declara más activa.

Por la reunión de todas estas ventajas, el iodo, pues, se impone como un medicamento necesario e indispensable en los tifoideos.

Pero, si esatmos absolutamente convencidos de que la medicación iodada es suficiente en la mayoría de los casos, de que puede por sí sola atenuar la mortalidad enproporciones tales que los irreductibles brandistas no conocieron jamás, creemos, sin embargo, que no responderá tan rigurosamente a todas las indicaciones que puedan presentarse en el curso de la ebertemia, y, por tanto, atenuar las peligrosas complicaciones que pueden surgir en todos los períodos, por el hecho de un desfallecimiento funcional, por apuro orgánico.

No olvidemos que el iodo, dejando aparte sus propiedades antisépticas, es, más que nada, un excitante general funcional; que su papel, para ejercerlo útilmente, supone órganos en equilibrio fisiológico, y que éste, que

pudiera parecer suficiente en estado sano, puede romperse bruscamente por el choque ebertiano.

No abandonemos, pues, una vez más, el método científico, por el sistema ciego, con peligro de comprometer los éxitos de una medicación legítima, superiores por tantas razones.

Al lado del iodo sepamos agrupar acciones terapéuticas capaces de secundar, o de extender su acción (el arsénico está muy indicado), y seamos previsores, no olvidando fortalecer el edificio que va a recibir semejante choque: la estricnina se impone.

La *estricnina,* ese maravilloso remedio de la *astenia,* sea leucocitaria, sea nerviosa (ésta es frecuentemente función de aquélla), vendrá a completar y a perfeccionar de la manera más feliz el tratamiento del tifoideo, cuando menos en aquello que puede tener de fijo y de previsto.

Como agente de superproducción leucocitaria, la estricnina no es en nada inferior al iodo. Como el arsénico, acrece, aumenta la resistencia celular y medicamento alguno, en tan alto grado como la estricnina, puede exaltar la energía combatiente o la actividad fisiológica de los glóbulos blancos.

Disminuir la infección, poner en guardia a la economía, despertar, activar, sostener todas las fuerzas reaccionales, tal es el fin y la única pretención del método que hemos propuesto y el que nos permitimos recordar brevemente.

Desde el año 1908, damos a los tifoideos el iodo regularmente asociado al ácido arsenioso y a la estricnina, sin bañarlos nunca. Nuestras observaciones llegan hoy a unos 50 casos, aproximadamente, sin defunción alguna.

Todos nuestros enfermos, así tratados desde el comienzo, han curado, sencillamente, sin complicación alguna, de la ebertemia (sin historia) y la mayoría sin más síntoma que una "fiebre contínua", moderada, en un tiempo medio de veinte a treinta días.

Algunos que parecían haber agotado, en manos muy autorizadas, todos los recursos del arte, y que parecía deber sucumbir clásicamente en el baño, han podido ser sacados de su situación, doblemente grave, con la misma terapéutica.

Y creemos poder atribuir estos éxitos constantes a la asociación, también constante, de estos tres medicamentos, a esa trinidad medicamentosa, cuya importancia acabamos de manifestar.

No podemos aportar aquí todas nuestras observaciones, con el apoyo de las curvas térmicas. La serie sería de lo más sugestivo para producir convicción; pero debemos concretarnos al resumen sucinto de algunos casos de interés particular.

Fiebre tifoidea con peritonitis por perforación.—Obs. del Hospital de Hyéres, agosto de 1911.—Un tifoideo, de 40 años de edad, gravemente enfermo, que había sufrido ya tres semanas de enfermedad y de cuidados clásicos, en el momento en que nos encargamos del servicio, presenta bruscamente, al cabo de algunos días de nuestro tratamiento, una hemorragia intestinal con meteorismo enorme y vómitos incoercibles, fecaloides. Sumido el enfermo en el marasmo nos parece irremisiblemente perdido.

Suprimimos toda alimentación por la boca. Sólo algunas cucharaditas de agua hervida, únicamente para que sirviesen de vehículo al licor iodo arsenical y a la estricnina. Prescribimos: hielo sobre el abdomen permanentemente; suero artificial, 500 gramos, y una inyección subcutánea de aceite de oliva esterilizada, 40 gramos, diariamente, por todo alimento, mezclada con una ampollita de aceite alcanforado de 0'40 gramos.

Al cabo de diez díaz de este régimen terapéutico y alimenticio, cesan los accidentes; se hace posible la alimentación láctea; el estado general mejora progresivamente. El enfermo, esquelético, retorna a la vistta, y tuvimos la satisfacción de verle salir del hospital un mes más tarde, completamente restablecido.

Esta inesperada curación, sólo puede explicarse por la acción esterilizante, contínua, del iodo y del ácido arsenioso sobre el contenido intestinal, acción comenzada algunos días antes de la perforación y sostenida durante la duración de los accidentes peritoneales.

Pero esta observación demuestra, además, la importancia de las inyecciones oleosas masivas, como medio alimenticio afortunado. Hemos, de otra parte, confirmado su valor en tales circunstancias, y un día demostraremos todo el partido que puede sacarse del *aceite de hígado de bacalao* en inyecciones subcutáneas masivas, como procedimiento terapéutico o alimenticio, con asociación medicamentosa o sin ella, en ciertos estados de decadencia orgánica, especialmente en la tuberculósis e insuficiencia hepática.

Fiebre tifoidea en un tuberculoso.—Pastor protestante, joven, tuberculoso no cavitario, febricitante desde hace diez y seis meses. Incubación del 18 al 26 de marzo de 1910. El 29 de marzo, la temperatura axilar llega a 39°. Período de estado con fiebre contínua hasta el 12 de abril; defervescencia en una lisis de tipo inverso; el 17, temperatura normal y, durante una octava de días, deciende hasta 36°, en el recto por la mañana.

El tratamiento (iodo, ácido arsenioso y estricnina), empieza el 1o. de abril y es continuado durante doce días más, después del descanso de la temperatura. Hemos seguido a este enfermo durante dos meses; su estado general mejoró notablemente—pero cosa más notable aún—la temperatura no ha vuelto a subir.

Fiebre tifoidea adinámica en un albuminúrico.—Señorita Arg___, 17

años, fiebre tifoidea tratada por un colega nuestro durante veintidós días. Terapéutica variada; baños fríos, baños calientes. A pesar de todos los esfuerzos clásicos, la enferma casi se muere de adinamia. La familia se alarma, acusa injustamente a nuestro compañero y nos manda llamar. No estamos muy entusiasmados ante el caso subcamotoso, con temperatura axilar de 39° y más. La delgadez aterra; pústulas forunculosas cubren la piel; la lengua está como tostada; un meteorismo enorme contrasta extrañamente con la delgadez. A la auscultación, bronquitis difusa intensa, silbidos y roncos gruesos. El pulso es filiforme, incontable. Las orinas escasas, muy cargadas y albuminosas. Por último, diarrea profusa con incontinencia.

Ante semejante situación hacemos las reservas de costumbre, y sin esperanza alguna empleamos nuestro método desde el 12 de abril de 1910. Un mes más tarde, tras una lisis muy prolongda, la temperatura vuelve a la normal y la enferma entra en convalecencia.

Fiebre tifoidea en un cardíaco.—Señorita Al___, 14 años, cardíaca apenas compensada (insuficiencia mitral de origen reumático, con corazón grande, palpitante, soplo enorme, cianosis de los labios y de las extremidades); comienza una fiebre tifoidea el 27 de julio de 1911. Inmediatamente fué tratada con el iodo y el ácido arsenioso y sostenida con la estricnina; la joven enferma entra en convalescencia veintidós días después, sin haber presentado más síntoma que una fiebre contínua de 39°.

Fiebre tifoidea en un viejo.—Uno de nuestros clientes, de 80 años de edad, después de una incubación de ocho a diez días, tuvo una fiebre tifoidea con meseta de 38'5° a 39°. Tratamiento: iodo, ácido arsenioso y estricnina; aceite alcanforado. La enfermedad evoluciona sin más síntoma que una fiebre contínua; la convalescencia se inicia francamente desde el día 25. Y nuestro *joven* amigo, cuenta hoy dos años más y está rebosando de alegría.

Fiebre adinámica con hemorragias intestinales repetidas. — Señorita Ch___, 16 años, enferma del doctor Laure. Consulta el veintisiete, día de la enfermedad, motivada por una nueva hemorragia acaecida durante la noche. Adinamia profunda con temperatura (axilar) 38'1° por la mañana, 38'4° por la noche.

Ante esta situación alarmante y el poco éxito del método clásico, nuestro distinguido compañero decide aplicar el método que preconizamos.

Después de una serie de ocho días de atermia completa, la curva asciende de nuevo a 38'8° como máxima y atermia matinal constante.

Por último, a los cincuenta y ocho días la temperatura desciende definitivamente a la normal.

Precisemos nuestra práctica.—Desde la sospecha de la infección eber-

tiana, prescribimos: el primer día, calomelanos a dósis refractas 0'20, 0'40, 0'60 gramos y dieta láctea.

Desde el día siguiente formulamos:

a) Tintura de iodo	LXXX	gotas
Ioduro de potasio	0'10	gramos
Licor de Boudin	5	"
Sulfato de estricnina	0'01 ó 0'02	"
Agua destilada hervida	500	"

Una cucharada de sopa (dos cucharaditas en los niños) cada tres horas durante el día y la noche, para tomar con leche o de preferencia, algunos instantes antes, en un poco de agua hervida, filtrada y azucarada a voluntad.

O mejor aún, para tomar de idéntica manera, V a VIII gotas de licor arsenical iodo-iodurado:

Solución de ácido arsenioso al 1 por 1,000	15	gramos
Ioduro de potasio	0'50	"
Tintura de iodo	15	"

y de 2 a 4 milígramos de estricnina en gránulos cada día.

a) Por la mañana y por la noche ordenamos una lavativa de agua hervida, a la temperatura del cuarto, de 600 a 800 gramos, aproximadamente; a una de las lavativas hacemos añadir de XV a XX gotas de licor arsenical iodo-iodurado.

c) Cada cuatro o cinco días se suspende durante doce horas toda medicación iodo-arsenical para volver a los calomelanos. En el intérvalo vigilamos que el enfermo tenga cuando menos dos deposiciones diarias (aceite de ricino o magnesia a dósis laxantes).

He aquí nuestro *a, b, c* del tifoideo. Esta práctica es rigurosamente seguida durante todo el curso de la enfermedad, y a lo menos un septenario después del descenso de la temperatura.

Prescribimos, por último, una minuciosa antisepsia de la boca y de la nariz. Y estamos prestos a acudir a las indicaciones opoterápicas.

Este método, tan sencillo como eficaz, ¿tiene contra-indicaciones? No las hemos visto nunca. Como tampoco on buen sentido no vemos ninguna, lo cual no es poca ventaja sobre el método de Brand.

¡Ensayadlo, compañeros; vuestros tifoideos os darán grandes alegrías y os concederán también buenos emolumentos! Pero, sed precoces y vigilad las "cápsulas".

INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA LUCHA STEGOMICIDA.

POR LA MISION BOUET ROUBAD.

EL ESTUDIO QUE REPRODUCIMOS A CONTINUACION, TIENE PARA NUESTRO PAIS UN INTERES PRACTICO POR LA ANALOGIA DE CIERTAS CONDICIONES DE CLIMA, Y ELLO NOS DECIDE A DARLO A CONOCER.

Suplemento al "Journal Officiel de l'Afrique Occidental francaise".

1.—**Busca de las larvas.**—La busca y destrucción de las larvas de mosquitos, más particularmente las de **Stegomyia**, constituyen el objeto esencial, primordial de los servicios de higiene. Si se desea llegar a hacer desaparecer los mosquitos, conviene antes de todo atacar sus larvas.

Del cuidado que pongan los equipos para llenar esta parte de su objeto dependerá, en gran parte, se puede decir, la seguridad permanente de la Colonia contra la fiebre amarilla. En efecto, es para prevenirse principalmente contra los desastres de la vuelta de esta grave endemia que se han concebido y organizado las brigadas de higiene. Pero la cuidadosa ejecución de su servicio necesita, desde este punto de vista, una educación previa acerca del modo de investigar y las condiciones posibles de vida de las larvas, que las brigadas actuales, salvo muy raras excepciones, no parecen haber recibido en los centros donde sus componentes han sido organizados.

Creemos pues necesario exponer aquí, en beneficio de los servicios encargados de la destrucción de los mosquitos, las condiciones bajo las cuales conviene buscar las larvas de las diferentes especies y destruirlas, e indicamos bajo forma de instrucciones personales, basadas en nuestra experiencia personal, como puede efectuarse lo más sencillamente posible, pero con las mayores probabilidades de éxito, el trabajo de las brigadas de higiene.

CONDICIONES DE LA BUSCA DE LAS LARVAS.

Las larvas de los diferentes mosquitos, **Anophéles, Culex, Mansonia, Catagéiomyia, Stégomyia**, se desarrollan todas en diferentes medios sobre los cuales debemos absolutamente fijarnos.

Distinguimos por este concepto: **Los mosquitos de pantanos,**

los mosquitos de las grandes ciénegas y de las lagunas, los mosquitos de las cuevas de los cangrejos. Los mosquitos de los recipientes domésticos.

A.—**Mosquitos de los pantanos.—Anophéles.—Profilaxis antipalúdica.**—Se encuentran las larvas de los **anophéles** en las zanjas herbosas, las cavidades en que se depositan aguas turbias verdosas, los pantanos de poca importancia que contienen algas y en cuyos bordes crecen hierbas. Muy amenudo los hoyos formados por las escavaciones hechas para extraer barro de construcción, las escavaciones de las canteras de laterita llenándose de agua durante el invierno se convierten en otros tantos criaderos de Anophéles en la vecindad de las poblaciones. En fin, se encuentran también las larvas de estos mosquitos en los recipientes artificiales de grandes dimensiones, como los fondos de las embarcaciones, de las canoas. Estas larvas se reconocen inmediatamente por su posición horizontal en la superficie del agua. La destrucción de las larvas encontradas en dichos lugares es de una gran importancia desde el punto de vista antipalúdico, pero no asegura sino esta sóla medida de higiene. Es indiferente desde el punto de vista stegomicida.

B.—**Mosquitos de las grandes ciénegas y de las lagunas.** En las grandes extensiones inundadas, bordes de las lagunas, de las de los ríos y zonas incultivadas se desarrollan grandes mosquitos, en particular los **Mansonia**, cuyo número es excesivo y sus picaduras muy importunas. Estos mosquitos arrojados por los vientos infestan, a veces, en cantidades considerables las ciudades y pueblos situados en la vecindad de la zona inundada. Tenemos pocas armas para combatirlos, y sólo por medio de trabajos importantes de irrigación podríamos llegar a desembarazar las regiones infestadas. Por fortuna, la profilaxis antipalúdica y antiamarilla, no tienen relación con ellos, pues estos mosquitos no intervienen en la propagación del paludismo ni de la fiebre amarilla. Los servicios antilarvarios, desarmados actualmente para intentar una lucha eficaz contra estos insectos, no tendrán para qué ocuparse de ellos sino de una manera secundaria. Se deberá sobre todo intentar, si las circunstancias lo permiten, el relleno, progresivo de los terrenos encharcados inmediatos, no perdiendo de vista que este trabajo para ser eficaz, debe hacerse a menudo sobre superficies considerables, pues los mosquitos pueden ser conducidos por los vientos desde los pantanos más lejanos.

C.—**Mosquitos de las cuevas de los cangrejos.**—Muchas especies de mosquitos habitan en las cuevas hechas por los cangrejos terres-

tres en las cercanías más o menos inmediatas al mar o a las aguas estancadas salobres. Sus larvas no pueden ser alcanzadas por la petrolización individual de cada una de estas cuevas. Esta medida no es practicable por las brigadas de higiene, sino en los casos en que las madrigueras se hallen en el interior de los patios, de los jardines, o próximas a las habitaciones. No se trata, pues, sino de una medida secundaria y que no deberá ocupar de una manera especial la atención de los equipos antimosquíticos, puesto que no interesa ni a la profilaxis del paludismo, ni a la de la fiebre amarilla.

D.—**Mosquitos de los recipientes domésticos.—Stégomyia.—Profilaxis.**—Las larvas que se encuentran en el interior de los centros habitados en los recipientes domésticos abandonados o de uso corriente, son lo que deben llamar de una manera fundamental, la atención de los servicios de higiene. Ellos están en efecto, en su mayor parte constituídos por las larvas del **Stégomyia.** Para descubrir estas larvas, será necesario examinar atentamente el agua de los barreños, pipotes, calabazas, jarras y cajas de agua, de todos los recipientes de poca profundidad que contienen agua en el interior o en la vecindad de la habitación. A título de indicación damos aquí una lista de los principales lugares del desarrollo de las larvas, sobre las cuales deberán siempre fijar la atención los equipos estegomicidas:

Barreños, barricas, cajas de agua, bebederos, cubas cementadas, cisternas y sus depósitos de decantación o de filtración, calabazas, ladrillos huecos, tejas acanaladas, cajas vacías de conservas, cubas para tintes, fondos cóncavos de botellas, latas, fondos de pipas, tapas de envases, wagones Decauville, cajas de hierro, pilones o ladrillos huecos que soportan los jarros de agua, abrevaderos y bañeras de aves, canales, bandejas, receptáculos para recoger las aguas de lluvia, agujeros de los árboles, varas huecas de bambúes, vasos para flores, cántaros, depósitos de las lámparas de acetileno, jarros de barro, vasijas, fuentes de aseo colocadas al exterior, pozos revestidos de madera o de ladrillos huecos, arroyos, atarjeas y colectores de aguas pluviales, depósitos de los molinos, filtros, etc.

BUSCA DE LAS LARVAS Y MODO DE EXAMEN.

El descubrimiento de las larvas no es fácil siempre a primera vista. Muy a menudo los agentes de las brigadas se limitan a recoger en un vaso un poco de agua del recipiente sospechoso para examinarla en plena luz.

Esta manera de proceder es absolutamente insuficiente y defectuosa. Es preciso asomarse directamente al recipiente mismo y examinarlo con atención en todas sus partes. A menudo es necesario, sobre todo en las pequeñas casas de los indígenas, sacar el recipiente a plena luz para poder hacer una inspección conveniente. Es esencial que los agentes indígenas sean acostumbrados a esta práctica, que a menudo no es aceptada por los habitantes de dichas casas. Al propio tiempo que el recipiente mismo, se examinará siempre, si es posible, en las pequeñas casas de los indígenas, su soporte (cajas de hierro o de madera, ladrillos huecos, pilones, etc.,) donde el agua se haya podido depositar por filtración. Los recipientes cerrados por una tapa de madera, de metal o de piedra, aún cimentados deberán también ser inspeccionados tan cuidadosamente como los otros. Existe, en efecto, siempre en los cierres, que no son jamás herméticos, las hendiduras o instertícios que permiten el paso de los mosquitos y le dan libre acceso al agua del recipiente.

La presencia de larvas se anuncia a menudo antes del examen del agua por los mosquitos alados, y se ven volar desde que se levanta la cuerda.

Se llamará más particularmente su atención hacia los recipientes colocados constantemente en la sombra. Los metálicos, sobre todo, que están todo el día enteramente bajo los ardientes rayos del sol, no necesitan una inspección tan atenta. Se examinarán con cuidado las paredes sobre las que se deposita musgo verdoso, formado de algas que sirve de alimento a las larvas. Los recipientes cuya agua esté constantemente ciscada por los polvos que flotan y que forman una capa en su superficie, rara vez contienen larvas, cuya respiración se encuentra impedida por esta película. En las poblaciones, las cubas o jarros de indigo deberán observarse especialmente. El tiempo necesario para la fermentación de las soluciones de indigo, es de doce días. Para no entorpecer a los indígenas en su industria, bastará velar que se haga la renovación del agua de las cubas cada diez días más o menos.

Los canales de irrigación de los sembrados y de los platanales contienen algunas veces larvas, si el agua se estanca durante algunos días sin darle salida. Lo mismo ocurre con los canales de riego y los canalizos; pero si el agua se remueva y circula al ménos algunas horas por día, las larvas no se desarrollan.

Las vainas de las hojas de piña, de plátanos, de cocos y de las plantas de jardín no llamarán de una manera particular la atención de los equipos, porque la cantidad de larvas que podría desarrollarse

en ellos es insignificante en relación con las que se encuentran en otros parajes más fácimente observables. Los agujeros de los árboles, deberán, por el contrario, ser inspeccionados cuidadosamente.

En los pozos cimentados se buscarán las larvas si los pozos han estado abandonados, ya estén cerrados o no. Los pozos cimentados, aún los de poca profundidad, si están en uso corriente, no las contienen. Por el contrario, se les encontrará casi siempre en los pozos cuyo revestimiento es de ladrillos huecos, o de piedras mal unidas, presentando insterticios donde puedan refugiarse las larvas. En la mayor parte de los pozos, cualesquiera que ellos sean, como en las grandes bacías cimentadas, las artesas, se encuentran frecuentemente larvas de color rojo (gusanos de vasos) que no deben confundirse con las larvas de mosquitos. Estos gusanos inofensivos dan nacimiento a ninfas negras que se distinguen fácilmente de las de los mosquitos por la presencia de dos penachos sedosos en su extremidad más gruesa. Estas ninfas producen un adulto semejante a un mosquito verde, que no pica (Chironome). Como estas larvas formadas en el agua de los pozos se encuentran a menudo en las reservas de agua de los indígenas, es esencial que los agentes de higiene las reconozcan y estén advertidas de su origen, para no infligir daño inútilmente.

MODO DE DESTRUCCION DE LAS LARVAS.

Los equipos estegomicidas tendrán una doble tarea que cumplir: la destrucción de las larvas mismas y la destrucción de los parajes donde puedan desarrollarse.

Cuando se hayan encontrado las larvas, convendrá destruirlas inmediatamente por petrolización, si el recipiente es fijo y no puede vaciarse y limpiarse cuidadosamente (fondos de los pozos, cubas cimentadas); por un simple derramamiento del recipiente en el caso contrario.

Es necesario tener cuidado entonces de volver completamente este último, a fin de que se agite el agua y se saque. Las larvas pueden en efecto, con los huevos, quedar adherentes a las paredes del vaso que las contiene; ellas recobran entonces toda su vitalidad si se reemplaza inmediatamente por agua fresca la que se acaba de derramar, sin haber dejado secarse por completo las paredes del recipiente.

Para prevenir la posible producción de larvas, los equipos tendrían que buscar cuidadosamente, en invierno, todos los objetos o

recipientes que puedan colectar agua cuando llueve. Los harán colocar en sitios abrigados o los dispondrán de modo que no se conviertan en depósitos de agua. Este trabajo constituye uno de los grandes objetos de los equipos antilarvarios. Estos vigilarán de un modo especial, independientemente las cubas, barreños, tinas, recipientes ordinarios, canales sospechosos, toneles colocados boca-arri ba, puedan recoger el agua en su parte superior, los montones de tejas acanaladas y de ladrillos huecos, las botellas y las cajas vacías. Procederán a cementar los agujeros de los árboles, harán desaparecer las cajas de conservas, sobre todo cuando estén ocultas al pie de los setos, cercas y entre la hierba, se asegurarán del buen curso de las aguas de las atarjeas y canales, harán perforar el fondo de las cajas que sostienen los depósitos o vasijas de agua de los indígenas, de manera que permitan el desarrollo total de las aguas de filtración; se asegurarán igualmente de que el agua no pueda permanecer en los potes y cajas de flores. En las ciudades, las canteras de construcción, y los almacenes y talleres en pleno aire serán objeto de visitas frecuentes en razón del gran número de objetos que puedan colectar las aguas de lluvia y que se hallan allí.

Se proscribirán cuidadosamente todos los recipientes con virolas de cemento armado, tinajas, toneles, jarros o vasijas permanentemente enterrados en el suelo y cuya limpieza períodica, como su vigilancia, son difíciles. Se cuidará de reducir lo más posible el número de recipientes que sirven para guardar el agua a los indígenas establecidos en las proximidades de los pozos, y se los hará colocar al aire libre de manera que se pueda inspeccionar fácilmente el contenido de los recipientes conteniendo estas reservas.

MANERA DE FUNCIONAR LOS EQUIPOS.

Los directores de las brigadas de higiene no deberán perder de vista que la vigilancia de los equipos debe ser ante todo minuciosa. El personal indígena afecto a este Servicio deberá ser instruído acerca de la naturaleza de sus funciones, operar sus investigaciones por sí mismo y consagrarle la mayor parte del tiempo y de cuidados posibles. La duración de la evolución completa del **Stégomyia,** desde huevo hasta adulto siendo de ocho a diez días, no es necesario ejercer una vigilancia cuotidiana intensa. Para restringir la extensión de la zona de vigilancia y permitir a los agentes de aplicarse a ella más extrictamente, se dividirá la extensión que se haya de recorrer en un cierto número de secciones definidas, que serán vi-

sitadas sucesivamente, a razón de una por día. El número y la extensión de las secciones se calcularán según su población y el número de agentes disponibles, de manera que todas las secciones sean recorridas íntegramente a lo menos una vez en el intérvalo de ocho días, tiempo necesario para la evolución del **Stégimyia.**

Una excelente medida y que economizaría muchas investigaciones minuciosas será que, por villas o secciones, un día de la semana sea escogido por vía administrativa, para la limpieza e inspección en seco de los recipientes de uso corriente destinados a contener agua.

El día y a la hora prescrita, una vez por semana, para cada una de las secciones, los agentes de higiene se asegurarán de que todos los recipientes de agua han sido vaciados y vueltos boca abajo. Esta inspección deberá coincidir con la visita general de la sección, de manera a no multiplicar las investigaciones en las casas de los indígenas. Esta medida será la más propia para asegurar la desaparición de las larvas en los recipientes de los cuales se ha renovado el agua cuidadosamente pero que han conservado las larvas pegadas a las paredes o a las asperezas interiores.

Los agentes de las brigadas de higiene deberán trabajar bajo una vigilancia estrecha y en espera siempre de la visita inopinada del inspector europeo o del médico. Estos, deberán cada día, conocer exactamente el sitio en donde están operando sus equipos; los encontrarán rápidamente con ayuda de una señal convenida (un silvido) y los harán responsables directamente de una mala ejecución de sus servicios, de la presencia de larvas que pudieran encontrar en las secciones después de la visita de los agentes.

En cuanto a los indígenas mismos en las villas, se evitará, tanto como sea posible, según la señal especial que indiquen las circunstancias, multiplicar las contravenciones a menudo exajeradas; el derramamiento del agua diaria, la confiscación o rotura del recipiente conteniendo las larvas, constituyen a menudo un daño y una penalidad suficientes para las infracciones contra la vigilancia antilarvar. Se esforzarán por el contrario en instruir directamente, por los consejos, al indígena de la necesidad que hay de evitar los mosquitos y de los medios de destruirlos.

En su funcionamiento, los equipos llevarán un recipiente con petróleo. Si existe en los alrededores que van a visitar pantanos con Anophéles, petrolizarán la superficie una vez cada ocho días. S los pantanos son numerosos y extendidos a lo lejos, se hará un viaje especial una vez cada semana durante la cual los agentes se

ocuparán de petrolizar la superficie y de desyerbar las orillas si no se han podido hacer trabajos de irrigación.

Los médicos encargados de la dirección de los Servicios de higiene deberán estar perfectamente informados acerca de la naturaleza exacta de las larvas de mosquitos y del lugar en que se las encuentra en las secciones a su cuidado, de manera a dirigir eficaz y útilmente todos los trabajos de sus brigadas y, si fuese necesario, hacer que se emprendan razonables trabajos de saneamiento.

II.—**Destrucción de los mosquitos adultos. Valor de las diferentes sustancias estegomicidas.**

Las investigaciones que hemos emprendido con el fin de apreciar comparativamente el valor de las diferentes sustancias estegomicidas actualmente utilizadas por los Servicios de higiene para la desinfección por destrucción de los mosquitos adultos en los inmuebles contamnados, nos han conducido a fórmulas y a precisar las condiciones de empleo de estas sustancias.

Azufre.—El valor estegomicida del azufre, a pesar de las desventajas que su empleo ocasiona, no es puesto en duda por nadie, así no nos hemos servido de este producto sino con un fin comparativo, para poder mejor darnos cuenta del poder de penetración de las diferntes sustancias, en relación al azufre a las dosis usadas de ordinario.

A la dosis de 10 gramos por metro cúbico en locales convenientemente cerrados, el anhídrico sulfuroso ejerce una acción culicidiana intensa. No actúan naturalmente sobre las larvas y las ninfas, aún siendo viejas, que viven en el agua. Las condiciones teóricas en que le hemos hecho actuar sobre los insectos colocados en los rincones muy protegidos, lo que no se realiza jamás en la práctica, nos han permitido darnos cuenta de su poder de penetración mucho más elevado, como se verá, que el de otros productos: formol, pyretrum y tabaco.

Formol.—La serie de experiencias realizadas en condiciones particularmente sencillas nos han demostrado la insuficiencia completa del aparato de formol **Hélios** en la lucha estegomicida. Hemos buscado si el valor culicida del aparato no podrá ser aumentado suprimiendo en su funcionamiento el papel del vapor de agua y haciendo actuar simplemente los valores aldehydicos **secos.**

La experiencia nos ha probado la eficacia de estos vapores actuando en seco. Prácticamente, pues, se podrá restituir al aparato **Hélios** una parte de su poder culicida suprimiendo por completo el agua del depósito. Esto equivale a vaporizar simplemente en seco

las pastillas de formalina sobre la lámpara de alcohol o sobre una plancha caliente, sin que sea necesario hacer uso de un aparato especial para este efecto.

Aún en seco, los vapores aldehydicos, en las condiciones de carga de cinco pastillas por metro cúbico como las hemos empleado, se han mostrado incapaces de alcanzar, después de **seis horas,** a los mosquitos ligeramente protegidos. Hemos buscado si los aparatos **Gonin,** cuya superioridad de acción sobre el **Hélios** nos ha demostrado en otra serie de experiencias, tendría un poder de penetración mayor en las mismas condiciones.

También el ensayo ha sido concluyente, pero, cualquiera que sea el proceder empleado, resulta de todas estas experiencias que los vapores de formol no tienen sino un poder estegomicida muy débil. Si se llega así en dosis ya elevadas, a matar mosquitos jóvenes, poco resistentes, libremente expuestos a la acción de estos vapores, será necesario usar dosis a lo menos dos veces más fuertes para alcanzar las condiciones naturales de los mosquitos escondidos en los repliegues de los vestidos, colgaduras, interior de las cajas o baules entre abiertos.

En estas condiciones, el precio de costo de una desinfección sería particularmente oneroso para los resultados siempre inciertos que se pudieran obtener.

Con los fumigadores **Gonin,** que son los aparatos más simples, prácticos y los más poderosos, el costo de una desinfección se eleva a 18 francos por 100 metros cúbicos. Pero esta dosis es insuficiente y debería doblarse al menos para que ofreciera alguna garantía seria. Añadiremos también que las variaciones del estado higrométrico de aire, según las estaciones, podrían influir mucho sobre los resultados y hacerlos todavía más inciertos, la acción de los vapores del aldehydo fórmico siendo menos eficaces en una atmosfera húmeda. Por todas estas razones, estimamos que convendría renunciar definitivamente al empleo del formol en la lucha estegomicida como desinfectante pura y simplemente antimosquítico; su uso debe reservarse a las verdaderas desinfecciones microbinas para las cuales, por otra parte, ha sido puesto en primera línea.

Polvos de Pyretrum.—Hemos experimentado la acción del polvo de pyretrum a la dosis corriente de cinco gramos por metro cúbico.

Pero los resultados del todo incompletos que nos ha dado esta dosis, operando en condiciones particularmente favorables, en una pieza herméticamente cerrada, con los mosquitos jóvenes, no alimentados con sangre, directamente expuestos a los humos insecticidas,

nos han demostrado superabundantemente la imperfección de este desinfectante. No insistiremos acerca del procedimiento que ha sido propuesto como suplementario de una desinfección con el polvo de pyretrum, a saber: el barrido y la incineración cuidadosa, después de la operación, de los mosquitos aturdidos que caen al suelo. Es claro que, en numerosos casos, esta medida no es practicable y no puede considerarse sino como la más aceptable, no asegurando sino una débil garantía acerca de la eficacia del producto. Dado el precio elevado del pyretrum que hace llegar a tres francos el costo de una desinfección culicidiana por cada 100 mettros cúbicos, a seis francos si se dobla la dosis para obtener una eficacia más real, es claro que habrá un gran interés en reemplazar esta materia por otra de un empleo más seguro y menos oneroso.

En la actualidad, se puede estimar que los Servicios de higiene están mal armados para asegurar, en caso de necesidad, la destrucción de los mosquitos adultos en las habitaciones.

El único producto realmente eficaz que tiene a su disposición a este efecto es el azufre. A la dosis de 10 gramos por metro cúbico para los locales que tienen buenos cierres, de 20 gramos por metro cúbico para los locales no cerrados herméticamente, como lo preconiza el Jefe del Servicio de Sanidad del Senegal en su circular No. 254, con motivo del envío de desinfectantes a las estaciones, se puede estar seguro de realizar la destrucción perfecta de los mosquitos aún los que se ocultan en los rincones no cerrados en donde puede circular el aire libremente.

La desinfección por el azufre es mucho menos costosa que por los otros productos. Al precio que se puede adquirir en la Colonia, no se eleva a más de 0 fr. 50 por 100 metros cúbicos en las condiciones ordinarias, a 10 gramos por metro cúbico. Pero el gas sulfuroso es desgraciadamente un cuerpo muy brutal y su empleo, en razón de los daños materiales que ocasiona. se hace a menudo imposible. En el caso en que por estas razones, no pudiera utilizarse, daremos acerca del empleo de los otros productos, formol y polvo de pyretrum, la preferencia a este último en razón a que su precio es menos elevado. Pero las reservas que hemos formulado más arriba acerca de la eficacia de este estegomicida deben recordarse. Convendría en todo caso llevar a 50 gramos por metro cúbico la dósis; la actual de cinco gramos es suficiente. La poca confianza que nos ha dejado el examen del valor culicida de los otros productos, a excepción del azufre, actualmente puestos a disposición de los Servicios de higie-

ne, nos han incitado a experimentar la acción, en el mismo sentido, de diferentes materias susceptibles de reemplazar a estos productos.

Tabaco.—Los señores Dres. Bourret y d'Anfreville han efectuado en San Luis experiencias acerca del empleo del humo de tabaco como succedáneo de la fumigación por el pyretrum. A la dósis de 10 gramos por metro cúbico sus experiencias nos parecen muy concluyentes en favor de la eficacia absoluta de este humo para la destrucción de mosquitos adultos. (1). El precio de una tal desinfección, por 100 metros cúbicos, no pasaría de tres francos, cifra sin embargo que es ya elevada para la práctica corriente. Pero el principal inconveniente de este estegomicida reside, a nuestro parecer, en la persistencia extremadamente larga de su olor desagradable que impregna durante un tiempo demasiado largo los objetos, los vestidos y los cortinajes.

Hemos investigado si una dósis menor no podría dar resultado suficiente para el objeto perseguido, y al mismo tiempo atenuar los efectos del olor.

El resultado de nuestras experiencias nos ha demostrado que a dósis inferiores a 10 gramos por metro cúbico el humo de tabaco no ejerce una acción suficiente sobre los mosquitos protegidos. El olor desagradable del producto no persiste menos y sus inconvenientes fundamentales, por consecuencia, son conservados.

Mezcla de polvo de Pyretrum y de Tabaco.—Hemos investigado si la incorporación del tabaco al polvo de pyretrum no podría aumentar la eficacia del humo de este último y enmascarar los inconvenientes del tabaco solo.

Una mezcla de partes iguales de polvos de pyretrum y de tabaco ejerce una acción manifiestamente más penetrante y más segura que la de los polvos de pyretrum solos a cinco gramos por metro cúbico. Sería, por consiguiente, un preconizador de ella, sino fuera por la persistencia a esta dósis, del olor del tabaco. No hay ventaja marcada sobre el empleo del tabaco solo. Una mezcla que no contiene más que la cuarta parte de polvos de tabaco nos ha dado desde este punto de vista muchos mejores resultados.

Esta mezcla nos parece mucho más preferible que el polvo de pyretrum solo. Su olor no es desagradable ni persistente. Incorporado al polvo de pyretrum, el polvo de tabaco se consume fácil

(1) En Puerto Rico es una fumigación muy popular contra los mosquitos la de los palotes del tabaco.

e integramente, sin necesidad de aparato, anafre u otro para poder arder.

Hubiera, pues, preconizado francamente el empleo de una mezcla de polvo de tabaco al cuarto y de polvo de pyretrum a la dósis de cinco gramos por metro cúbico, si investigaciones ulteriores no nos hubieran conducido a estudiar la acción de sustancias químicas diferentes, de un empleo mucho menos oneroso y dotadas de un poder penetrante más grande.

Alcanfor, Acido fénico y Quinoleína.—Además del azufre, los principales productos químicos cuyo empleo preconizado para la destrucción de los mosquitos adultos nos ha parecido que merece ser conservado, en la actualidad, son el alcanfor, el ácido fénico y la quinoleína.

La mezcla de alcanfor y de ácido fénico volatilizado sucesivamentet al baño de arena es fuertemente preconizado por ciertos autores ingleses. Esta mzcla se recomienda por su olor ligeramente aromático y su inocuidad en lo que se refiere a las sustancias que el azufre altera. Experimentaldo por nosotros, **in vitro**, nos ha parecido dotado de un poder estegomicila bastante elevado. Con todo, es manifiesto que su empleo no puede ser preconizado en la práctica absolutamente corriente porque es de un precio alto, porque necesita cierttas precauciones para su evaporación y porque las materias que la constituyen puedan faltatr en ciertos momentos en las estaciones.

La quinoleína, experimentada con éxito en el Instituto de Pasteur, en 1908, por Trillat y Legendre, y vivamente recomendada por estos autores, ha sido experimentalda de nuevo en el gran laboratorio de Saint-Luis por el Dr. Bourret. Las conclusiones de este último experimentador son que este producto es de un empleo tan costoso como el polvo de tabaco o de pyretrum y su acción apenas tan segura como el azufre.

Nosotros mismos hemos experimentado este producto, **in vitro**, pero su olor desagradable y persistente, su inflamabilidad, su precio muy elevado, nos han hecho proscribirlo inmediatamente de la lista actutal de sustancias estegomicidas corrientes.

Cresyl.—Este producto derivado de los aceites grasosos de los alquitranes de hulla que se encuentran corrientemente en el comercio: él o sus derivados (crelina, creolina lysol, etc.) a precios muy poco elevados (0. fr. 50 el kilo en la colonia, 0. fr. 45 precio del gobierno en Francia) nos parece llamado a ocupar el primer rango, en el porvenir, entre las sustancias insecticidas de uso corriente. Eva-

porado al calor en un anafre, una lámpara de alcohol, un horno **Primus**, etc., el cresyl emite vapores abundantes, al principio blancos, después azulados, que son inmediatamente tóxicos para las moscas y los mosquitos. Estos insectos desde el momento que son expuestos a la acción de tales vapores, dan vueltas sobre sí mismos, se abaten y mueren rápidamente si la acción tóxica es mantenida. Si esta acción no se prolonga sino un tiempo muy corto, suficiente sin embargo para aturdir al insecto, éste puede reanimarse, pero a menudo las lesiones producidas son definitivas y les hacen en adelante incapaces de causar daño.

Hemos realizado diferentes experiencias para estudiar en grande la acción de este producto e investigar las mejores condiciones de su modo de usarlo.

A dósis, muy débiles, de un centímetro cúbico por metrto cúbico, si se calienta suficientemente, la acción culicida de los vapores de cresyl, para una desinfección cuyo precio no se eleva a más de **alrededor de seis céntimos** por cada 100 centímetrtos cúbicos, sobrepasa como efecto definitivo y como poder de penetración a la que se obtiene con un gasto de 18 a 20 francos en un aparato de formol **Gonin,** o de 3 francos de polvo de pyretrum.

La extrema baratura del producto y su inocuidad absoluta permiten elevar mucho estas dósis de manera a obtener, a un precio todavía inferior al azufre, un poder estegomicida igual al de este ultimo producto a la dósis que se usa habitualmente.

Una serie de experiencias sobre los detatlles de los cuales no insistiremos, hechas con dósis crecientes de cresyl de 2 a 5 gramos por metro cúbico, en locales más o menos calafateados, nos han permitido reconocer que la dósis de cinco grams pr metro cúbico aseguraría de una manera completa la muerte de los mosquitos y de las moscas, aún protegidos de una manera rigurosa en los pliegues de los vestidos, en los cortinajes, en el interior de las costas de mimbre, etc.

La dósis de 5 gramos por metro cúbico que lleva el costo de la desinfección al precio todavía bajo de de 0. fr. 30 por 100 metros cúbicos, permite obtener resultados comparables, desde el punto de vista de la acción culicida, a los que se obtienen con el azufre a la dósis corriente de 10 gramos por metro cúbico, cuyo precio es de 0. fr. 50 por 100 metros cúbicos.

Ventajas de las fumigaciones de Cresyl.—Independientemente de su precio infinitamente menos elevado que el de los demás culicidas, las desinfecciones con cresyl ofrecen aún diferentes ventajas

que le deberán asegurar definitivamente la preferencia sobre los otrtos procedimientos.

1o.—La manera de emplearlo puede facilitarse en todas partes en caso de epidemia o de amenazas imprevistas.

2o.—Los vapores cresylicos, en la dósis de cinco gramos por metro cúbico, son absolutamente inofensivos. Se puede penetrar en los lugares durante el curso de la operación, si la necesidad lo exije, sin otros inconvenientes que los de una ligera irritación en los ojos, no persistente.

3o.—Los vapores cresylicos no causan ninguna deterioración en los objetos, metales y dorados. En los almacenes no causan nin-
algunas horas bastaría para hacer desaparecer el más ligero olor.
gún daño matetrial, ninguna depreciación de las mercancías. En los cuarteles, su acción sobre las armas, los lechos metálicos, los efectos del equipo son enteramente nulos.

4o.—El olor de las fumigaciones cresylicas no es ni desagradable, ni persistente. No impregna los cortinajes; una aereación de

5o.—Los vapores cresylicos son suficientemente difusibles para penetrar en todos los rincones de una pieza sin necesidad de agitar mecánicamente el aire. De otra parte lo son suficientemente para permitir las desinfecciones perfectas en los locales poco macizos como las casas de los indígenas. En los departamentos privados, no será necesario calafatear herméticamente los intersticios de las puertas y de las ventanas, lo que exije un personal especial y puede causar deterioros en los muros y en las pinturas. Se podrá fácilmente vigilar la operación en buenas condiciones abriendo de tiempo en tiempo una puerta y penetrando rápidamente dentro de la pieza.

Modo de empleo.—La evaporación, por el calor, del cresyl exige algunas ligeras precauciones, pues los residuos alquitranados que se forman en el curso de la operación pueden inflamarse si la llama se pone en contacto con ellos y producir una emisión muy abundante de humo negro.

Para evitar estos inconvenientes, será preciso tener siempre cuidado de operar con recipientes cuyos bordes sean suficientemente altos para proteger la masa cresylica que baña el fondo del recipiente, fuera del alcance de las llamas. Se vigilará igualmente la altura de éstas. Nos hemos servido muy ventajosamente para nuestras experiencias de envases de hierro estañado de 16 centímetros de altura por 35 centímetros de ancho, de los que sirven para lavar la vajilla. Es mejor en un envase de estas dimensiones no pasar de

la dósis de un litro de cresyl para evaporar. La fuente del calor puede ser un anafre de carbón de madera, una lámpara de alcohol, o un hornillo **Primus**. Al principio de nuestras experiencias nos hemos servido de las lámparas de alcohol del aparato de formol **Hélios**; en lugar de su soporte metálico, hemos hecho descansar el recipiente sobre la parte superior de éste, quitándole el reservatorio de agua y el cono del formol. Pero esta disposición ofrece el inconveniente grave de tener tendencia a inflamarse, pues las llamas de las lámparas de alcohol se elevan progresivamente bajo la acción del calor refractado por el fondo de la vasija y al fin de la operación lamen sus bordes. Convendría estudiar un apresto práctico que se calentara rápidamente y no ofreciera estos inconvenientes.

No estamos, en este sentido, tan bien servidos con las hornillas **Primus** sobre el soporte del cual descansa la vasija. Una simple hornilla de carbón vegetal llena el mismo objeto.

El cresyl puede ser evaporado directamente puro, sin mezcla de agua. Hemos utilizado diferentes marcas comerciales sin comprobar entre ellas, desde el punto de vista que nos ocupa, diferencias muy marcadas.

Cuando la masa cresylica entra en ebullición, emite vapores blancos que se hacen pronto muy abundantes. A estos vapores blancos, de color no desagradable, suceden, cuando la masa comienza a hacerse alquitranada, vapores grises o azulados, menos abundantes, de olor ligeramente empireumático, que ejercen una acción irritante sobre las conjuntivas. Estos vapores y estos humos constituyen los elementos esenciales de acción de la fumigación cresylica. Cuando ellos han llenado la sala de una atmósfera azulada y su producción en la superficie de la vasija disminuye notablemente tendiendo a detenerse, se suspnde la operación penetrando en la sala y apagando la llama. Es necesario, por consiguiente, al menos al principio de una operación de este género, y cuando no se tiene todavía una idea fija acerca de la duración de la evaporación de la masa y sobre el funcionamiento de la superficie calculada, vigilar de tiempo en tiempo la marcha del aparato sea por una ventana, sea por la puerta, sea por un orificio cualquiera como el agujero de la cerradura.

Si se dispone de una fuente de calor cuyo funcionamiento se conoce que puede bastar igualmente en las buenas condiciones de la evaporación de una cantidad de cresyl, extinguiéndose enseguida, naturalmente que no será necesaria esta vigilancia. Pero en la ausencia todavía de aparatos definitivamente estutdiados para este

objeto vale más estar presente durante la acción de la llama. Si ésta tiene tendencia a desbordarse y a ponerse en contacto con los vapores eitidos por el cresyl en la parte superior de la vasija, será necesario penetrar en la pieza y corregir inmediatamente este defecto de funcionamiento.

Si se opera en locales (cuevas, alcantarillas, etc.) donde la producción posible de una llama abundante y de una cantidad de negro de humo, resultado de la inflamación de los alquitranes, no sea capaz de producir daños, claro es que no es necesario la vigilancia.

A la dósis de cinco gramos por metro cúbico, que constituirá la dósis estegomicida corriente, se dejan actuar los vapores después de terminada la evaporación, durante 3 a 6 horas. Si se desea andar más a prisa se puede siempre elevar la dósis que se ha de evaporar vigilando la operación y dejando que la fumigación actúe durante una o dos horas después de la extinción de la fuente calentadora. Si es posible dejar que los vapores esparzan su acción durante un tiempo más largo, 12 a 25 horas por ejemplo, se podrá, al contrario, disminuir la dósis de cresyl a tres gramo por metro cúbico.

Para destruir otros insectos además de los mosquitos y las moscas, las fumigaciones cresylicas podrán dar igualmente resultados muy apreciables.

Una experiencia que nosotros hemos hecho para la destrucción de las pulgas en un sub-suelo mal cerrado, imposible de calafatear, nos ha dado en este particular datos interesantes.

La operación, siendo fácil de efectuar se podrá renovar frecuentemente y llegar así a hacer desaparecer un gran número de parásitos en los subsuelos de las habitaciones.

Sea como fuere, nosotros creemos que la desinfección cresylica desde el punto de vista estegomicida debe tomar, en adelante, lugar preponderante entre los diversos procedimientos actualmente usados, y nos parece útil que los Servicios de Higiene de la Colonia sean en adelante ejercitados en el empleo de los vapores cresylicos y en su producción en los aparatos que el azar ponga a su disposición.

ACADEMIA DE MEDICINA DE NEW YORK.

Sección de Obstetricia y Ginecología.

El Dr. M. Rabinovitz presentó ante la Academia de Medicina de

New York, un caso de hernia inguinal doble del ovario, con ausencia del útero y vagina rudimentaria, cuya historia es la siguiente:

Señora E. Z., de 35 años de edad, casada desde hace 6 años, nulípara, inhabilitadap para efectuar el coito, y esterilidad. Interrogada más íntimamente acerca de sus relaciones sexuales dijo que la copulación se efectuaba por medio de la intromisión uretral, y que su marido no parecía haberse dado cuenta de cualquier anomalía en su órgano sexual. El examen físico presentaba una mujer pequeña y delgada, con escoliosis moderada de la región dorsal superior, de complexión regular, y aparentemente en salud satisfactoria.

Los pulmones y el corazón estaban normales. Le faltaban los pelos de las axilas. Sus glándulas mamarias eran pequeñas y blandas, pero de un tipo femenino. Su abdomen normal a la percusión y palpación. El pelo del pubis, abundante. Las labias mayores y menores bien desarrolladas. Clítoris de apariencia y tamaño regular. El orificio uretral estaba representado por una hendidura longitudinal, rodeada de un borde de mucosa hipertrofiada que semejaba un labio en miniatura. Admitía fácilmente el dedo índice sin que causase dolor alguno. Tenía dominio completo de la vegiga y no sufría disturbios urinarios. La vagina estaba representada por una bolsa ciega, alineada con una mucosa suave y de 1½ a 2 pulgadas de longitud. Esta podía aumentarse hasta casi a 3 pulgadas, haciendo una pequeña presión hacia arriba con el dedo. El introito de la vagina era bastante ancho para admitir dos dedos, pero estaba flácido como si no poseyera ningún esfíncter. La palpación vagino-abdominal y recto-abdominal no revelaron la presencia de la cervix o del útero. En cada región inguinal, en el lugar del anillo externo, aparecía un tumor, semi-sólido, regular y reducible. El tumor derecho era del tamaño de una castaña grande, el izquierdo igual que el derecho, pero un poco más quístico en consistencia. La reducción de estas masas no era completa, pues reaparecían tan pronto que se quitaba la presión, sin tener nada que ver la posición que el paciente asumiera. En ningún tiempo experimentó ella cambios en el tamaño de estos tumores, ni le causaron nunca el menor dolor.

Diagnóstico.—Los signos físicos proporcionaron los datos para el diagnóstico del caso como uno de ausencia congénita del útero, una vagina rudimentaria, y en toda probabilidad, una hernia inguinal doble del ovario.

Operación.—En Noviembre, 1914, se practicó una incisión Pfannenstiel. Explorando la cavidad pelviana, los hechos siguientes se demostraron: (a) que había una completa ausencia del útero; (b) que los tubos de Fallopio eran de tamaño regular, midiendo de 3 a 3½ pulgadas de largo. Sus apéndices internos se funcionaban en la línea media, formando un engrosamiento de forma ovóidea, como del tamaño de una haba;

(c) ambos ovarios estaban bien desarrollados, el izquierdo conteniendo un quiste del cuerpo lúteo, tan grande como el ovario derecho; (d) ambos ovarios con partes de los apéndices fimbriados de los tubos se deslizaban por entre los anillos inguinales externos formando la hernia; (e) los ovarios se podían desalojar del canal inguinal, pero volvían otra vez a su sitio, acto seguido que se dejaba de hacer la compresión.

Conocidas las relaciones anatómicas del caso, se procedió a practicar una resección de la parte quística del ovario izquierdo haciendo la paciente una convalescencia feliz.

"Del "American Journal of Obstetrics and Diseasess of Women and Children".

SOCIEDAD DE CIRUJIA DE PARIS. *

HERNIA DIAFRAGMATICA Y APENDICITIS SUBCLAVICULAR.

M. Kirminson:

Nuestro colega M. P. Duval, nos ha dirigido una observación sobre la cual me encargó de comunicaros a ustedes.

Un joven de 12 años siempre había padecido desde su nacimiento. Sentía un dolor constante en el lado derecho al nivel del tórax, y de tiempo en tiempo era víctima de una crisis de sofocación, seguida de una elevación de la temperatura. Existía la matidez en toda la altura del pulmón. El diagnóstico era dudoso: se hablaba de pleuresía, de quiste hidatídico, pero sin poderse precisar nada. Un examen radiográfico reveló que el ciego, el colon ascendente y el transverso estaban situados en la cavidad pleural. Muy claramente se veía un enema de bismuto remontarse hasta debajo de la clavícula.

Se decidió intervenir y M. Duval practicó una laparatomía; pero prolongó su incisión remontándola hasta la octava costilla que fué resecada en totalidad y tuvo de esta manera un campo muy ancho dentro del torax: las cavidades peritoneal y pleural comunicaban por un orificio posterior, y el intestino delgado adherente, pudo ser fácilmente reducido al abdomen. El colon bastante adherido al pulmón por la parte del ciego

---

* Por su interés este trabajo fué tomado de la "Semaine Medicale", y leído por el Dr. José E. Saldaña, ante la sesión de la Sociedad Médica del Distrito Norte, en el mes de Mayo de 1915.

y existía un foco inflamatorio en el punto de partida del apéndice. El apéndice fué extirpado y se pudo reducir el colon después de librarlo de sus adherencias. Se terminó con una sutura completa del diafragma y después de haber cerrado el tórax, se aspiró el aire contenido en la cavidad pleural.

La duración total de la operación había sido de 35 minutos. Por la noche el niño tuvo una crisis análoga a las que presentaba antes de la intervención: crisis de sofocación acompañada de una gran irregularidad del corazón, y murió bastante rápidamente.

Yo creo que este caso es el único en el que se ha podido demostrar así una apendicitis subclavicular unida a la existencia de una hernia diafragmática.

Esta observación presenta también un cierto interés desde el punto de vista anatómico de la patología de la hernia diafragmática. En 37 casos de los cuales las piezas anatómicas se encuentran en los museos médicos de Londres el sitio de la comunicación estaba a la izquierda, al nivel de la unión de la porción costal con la porción vertebral del diafragma.

Existe en el embrión un verdadero canal pleurovertebral análogo al canal peritoneo-vaginal.

En tales condiciones, como en la observación de M. Duval, el pulmón está siempre atalectasiado lo que parece demostrar bien, que son las malformaciones anteriores al nacimiento y que no se producen al momento en que el enfermo comienza a respirar.

Otra cuestión se presenta, la de las vías de abordar estas hernias: yo creo que había mucha más facilidad interviniendo por la vía pleural. El pneumo-torax no es de temerse puesto que el pulmón está, por decirlo así, reducido a nada. En su caso M. Duval ha empleado un método mixto que le ha dado un campo operatorio muy grande, pero fué obstaculizado a consecuencia de la adherencia del ciego a la base del pulmón.

Habla M. Marestin:

"Yo he observado dos casos de hernia diafragmática y eso antes que el empleo de la radiografía estuviera generalizada. El primero fué un hallazgo de una autopsia en un hombre muerto de una fractura del vacinete. En el segundo se trataba de un enfermo ingresado en el Hospital en estado de oclusión. El ciego explotó cuando la pared fué incindida y yo hice un ano temporal. Una laparatomía practicada algún tiempo después no reveló nada de anormal.

Volví a cerrar el ano, pero el enfermo retornó al cabo de algunos meses: tenía una nueva crisis de oclusión. Esta vez, sin embargo, el ciego estaba absolutamente flácido y el intestino delgado muy dilatado. Suturé un asa intestinal a la piel. Apesar de ésto, el enfermo murió y en la

autopsia yo encontré una hernia diafragmática, la que me dió la clave de estos fenómenos.

Me parece que en estos casos se debe emplear como lo ha dicho M. Kirminson, la vía transtoraxica.

Esto es lo que me propongo hacer si todavía tengo ocasión de intervenir en un caso de este género.

ACERCA DEL VIRILISMO SUPRA-RENAL

CON ALGUNAS DEDUCCIONES SOBRE LA PATOGENIA DE LOS TUMORES.

LECCION DADA EN LA CLINICA DEL PROFESOR CHAUFFARD EN EL HOSPITAL SAINT-ANTOINE.

Por el Dr. TUFFIER, Cirujano del Hospital Beaujon.

Los asuntos del *equilibrio morfológico de los tejidos y de los órganos* están hoy día en discusión. Las investigaciones actuales sobre las glándulas endocrinas parecen tener una parte preponderante en el desarrollo regular de las formas del cuerpo y de las partes que lo constituyen. La acción de la tiroide y de la hipofisis sobre nuestras proporciones absolutas y relativas, tienden a abrirse paso y a establecerse. La acción de las supra-renales, aunque cierta, está más discutida. La cirujía tiene bastante parte en los descubrimientos sobre las funciones de estas glándulas, y esto nos permite que estemos bastante preparados para determinar su valor fisiológico. No obstante, para llamar la atención de los prácticos sobre la importancia de estas investigaciones, es por lo que refiero un caso de *virilismo supra-renal*.

Entendemos bajo este nombre ciertos trastornos característicos, ya por una madurez precoz *en los niños*, ya por el *aspecto viril* que puede tomar una mujer,—hasta después de la menopausa,—bajo la influencia de un *trastorno secreto* o de un *tumor benigno o maligno* de las *cápsulas supra-renales*. Estas modificaciones pueden ser psíquicas, intelectuales o morales y así comprendemos que sean absolutamente diferentes según ataque la afección al niño o al adolescente, es decir al ser que está en plena evolución o al sujeto adulto, como también a un ser que ha pasado

va la juventud si se le presenta en la vejez; como así es el caso de nuestro enfermo.

* * *

La observación que motiva ese trabajo es el caso de una mujer de 62 *años* que ingresó el día 16 de diciembre de 1913 por primera vez, en mi servicio del hospital Beaujon; padece metrorragias persistentes que parecen estar relacionadas con un voluminoso *tumor uterino* que tiene todos los caracteres de un fibroma. Pero los 10 gramos de azúcar que contiene su orina impiden la intervención, y la enferma sale del hospital para seguir en su domicilio un tratamiento anti-glicosúrico.

El desarrollo general extraordnario del sistema piloso me extrañó algo, pero no me orientó en nada hacia un proceso patológico especial.

Cuando la enferma volvió para que la visitase el día 19 de enero de 1914, el conjunto de sus accidentes me indujo a pensar en una lesión de las cápsulas supra-renales: menos escrupulosamente afeitada, su aspecto se asemejaba entonces al de un hombre. De fuertes colores, rojo oscuro en el cuello, la faz congestionada, vultosa, tenía varicosidades en la nariz, y sus mejillas presentaban una exhuberancia clara, pero especialmente la presencia de un *bigote* negro, largo y bien poblado, y una barba alrededor de la mandíbula fueron lo que particularmente llamaron mi atención.

La enferma nos confiesa que desde hace 8 años se ve obligada a afeitarse una o dos veces por semana. Por otra parte su calvicie *fronto-parietal* es casi idéntica a la calva de un hombre; sus cejas son negras y pobladas, el examen de sus tegumentos nos sorprende al ver que están cubiertos por un vello largo, negro, muy semejante al del sexo masculino; el timbre de su *voz* es idéntico al de un hombre como también las proporciones de sus exremidades, las cuales son varoniles. Tiene en los ante-brazos y en las manos manchas amarillas confluentes. Sus senos atestiguan el perfecto desarrollo de su juventud. Su *vejiga* tiene las dimensiones normales de una mujer bien constituída; el promontorio no es accesible, la concavidad sacra normal, el estrecho superior sin ninguna particularidad. Este examen fué heho por el Dr. Lecointe, jefe de la clínica del Sr. Ribemont. La radiografía confirmó todos estos hechos.

En estas condiciones de *virilismo exterior genral,* examiné sus órganos *genitales externos* y aprecié grandes labios que caían en forma de bolsa en sus porciones posteriores y anormalmente desarrollados, pero por su palpitación no descubrí ningún órgano glandular. La separación de los grandes labios descubre un clitoris cuya longitud es próximamente de 4 centímetros, muy hipertrofiado, y cubierto por un prepucio que

representa ser, un verdadero freno. El orificio uretral está normalmente situado.

Ni los antecedentes ni la historia clínica de la enferma pueden aclarar estas particularidades morfológicas. Su madre murió de consunción a los 84 años, y su padre sucumbió a los 63, víctima de un accidente. Ella es gemela de una hermana que murió al venir al mundo. No tiene más hermanas, es la única superviviente de las cinco hijas que componían la familia; todas eran morenas.

Reglada a los 13 años, casada a los 20, tuvo una pérdida de coágulos desde los primeros meses de su matrimonio, pero su falta de memoria no le permite decir al médico que la asiste hoy día, si ha tenido algún aborto; jamás ha tenido un hijo. Hacia los 45 o 48 años, padeció un flemón en la región tenar derecha; se hizo entonces un análisis de su orina que permitió comprobar una glicosuria casi de 50 gramos; la enferma conserva, no obstante, su gordura y sus fuerzas, Se aprecia constantemente polidipsia y polifagia. Entre los 40 ó 45 años, las reglas fueron mucho más abundantes, y estaban acompañadas de pérdidas de grandes coágulos durante algún tiempo; después todo volvió a la normalidad, hasta los 54 años, época en que apareció la menopausa. Fué hacia los 52 años cuando esta enferma empezó a notar la aparición de algunos pelos aislados al nivel de su barba, y que en un principio combatió por un simple depilatorio, pero que, al cabo de cierto tiempo, éstos renacían con más fuerza, hasta que terminó por presentarse la hipertricosis actual. Adelgazó un poco durante estos últimos años, mientras que sus costumbres se modificaban, pues de *sedentaria* que era, se volvió activa y se dedicó de lleno a los trabajos *forzudos,* tales como la labranza, la siembra, etc., los cuales no la fatigaban en nada.

Los accidentes que motivaron su ingreso en el hospital, son los siguientes:

En noviembre de 1912, es decir, a sus 61 años, 7 años después de su menopausa, la enferma tuvo una metrorragia poco abundante, que le duró dos días, y que la obligó a ir a visitarse primeramente en el hospital Broca, después en el Saint-Antoine, en el cual se le descubrió un fibroma. Un mes después se le presentaron nuevas metrorragias, pero esta vez eran más acentuadas, abundantes, cubintrantes y continuas.

El estado de la enferma es, actualmente, satisfactorio; no se le aprecian fenómenos patológicos, solamente tiene algunos calambres, una sensación de criestesia, pero sin prurito ni cefálea. No presenta tampoco ningún trastorno psíquico, solamente padece una amnesia hace 15 años. El pulso es regular y bate a 70.

La tensión arterial tomada en el oscilámetro de Pachon es la máxima de 20, y la mínima de 13 (20/13).

El segundo ruido aórtico es un poco ronco, y silbante, la aorta y las sub-clavículas son palpables en la base del cuello. El cuerpo tiroide no es apreciable. Los reflejos ireos son normales, pero los reflejos potelarios y radiales no existen; bosquejo de Babinski a la izquierda, y reflejo plantar puramente extendido a la derecha. No existe ningún signo clínico de hipertensión craneada; por otra parte, el examen del fondo del ojo practicado por el Dr. Terrien no revela ninguna lesión papilar, la silla turca es normal en la radiografía, y en la punción lumbar el líquido céfalo-raquídeo se derrama gota a gota. No contiene ni albúmina, ni azúcar, 0 8 elementos figurados en la célula de Nageotte. La *orina* no contiene más de 5 gramos de azúcar por 24 horas. Existe una hipercolesterinemia de 1 gr. 90 (Grigaut); no me hubiera atrevido a presentarme a ustedes sin haber antes practicado este examen.

La palpación de la región sub-pubiana revela un tumor redondo, regular, duro, que desborda por el lado izquierdo de la línea mediana. Al palpar el cuello apreciamos que éste está aumentado de volumen, y que sus lados no están libres. Notamos una masa dura cuyo volumen es como el de un puño, que se desborda por la izquierda y que forma parte con el útero. El diagnóstico del fibroma se impone, pero su evolución es anormal, puesto que se ha desarrollado a los 62 años. El cateterismo demuestra que las mucosas del cuerpo y del cuello están intactas.

En semejantes condiciones, y en virtud de la persistenica de las metroragias, en las que fracasaron todos los tratamientos médicos, y como, por otra parte, no existían contra indicaciones de orden general, se decidió practicar la intervención. Esta nos preparaba la sorpresa de descubrir la razón de este estado morfológico.

El día 3 de febrero de 1914 se practicó la laparotomia mediana sub-umbilical. Dificultades enormes para anestesiarla, pues la enferma se asfixiaba. Histerectomia sub-vaginal con ablación de los anexos. Obliteración del cuello, peritonización completa, introducción del pequeño tubo de goma en el Douglas, porque la enferma sangraba fácilmente. Exploración fácil del abdómen, nada en el lado del apéndice, ni de la S ilíaca, ni en el hígado. Pero en los dos lados, al nivel del *polo superior del riñón,* aprecio una tumefacción de consistencia fibro-grasosa puramente aislable, alcanzando el diafragma, mas no luminosa al lado derecho, y que *recordaba en absoluto las cápsulas supra-renales.* Los riñones parecían estar indemnes a la palpación. Las consecuencias operatorias no presentaron ningún accidente funcional ni físico, aparte de un ligero edema de las extremidades inferiores. Fué un hecho notable, que la gli-

cosuria desapareciese definitivamente. La enferma fué presentada a la Academia de Medicina.

Examen macroscópico del tumor.—El útero hundido sobre la línea mediana demuestra que su orificio ha aumentado próximamente tres dedos. *No contiene fibroma* pero los fascículos musculares son del volumen de los que observamos en el embarazo. No tiene indicios de esclerosis, y su mucosa no está alterada. Este hecho de *hipertrofia uterina simple,* unido a estos signos de metrorragias en la edad de 62 años, es digno de notarse. Las trompas estaban indemnes, el ovario izquierdo atrofiado, pero el ovario derecho tiene un tumor del volumen de una gran nuez.

El tumor del ovario es blando, hemorrágico, sin quiste, y de un aspecto como jamás he visto. En estas condiciones confié las piezas a varios histologistas, pero ahora paso a tratar los puntos que me indujeron a pensar en el examen macroscópico. Se trataba de un tumor producido en el mismo ovario y no como se había dicho en un principio de una cápsula supra-renal, cuyo tumor, desarrollado a expensas de las *células luteínas* (Masson), se asemeja, como ya sabéis, a un adenoma supra-renal.

* * *

He aquí una mujer que hasta la edad de la menopausa no presentó ningún accidente especial, y que, al llegar esta época, vió desarrollarse una hipertricosis facial y general y una calvicie temporal, de tipo masculino. La faz es voluptuosa, tomando en su parte superior todo el aspecto de un hombre. Su hiperestenia muscular le permite dedicarse, sin fatigarse, a una ruda labor. A pesar de su edad, sus órganos genitales externos se hipertrofian con exceso. Un tumor se desarrolla acompañado de metrorragias. Estos accidentes hacen que la visitemos y entonces fué cuando apreciamos, al practicar un completo examen, la existencia de la glicosuria, con hipertensión e hipercolesterinemia.

La ablación del tumor abdominal demuestra que se trata de una simple hipertrofia uterina y que permite la exploración de las cápsulas supra-renales que verdaderamente aparecen duplicadas o triplicadas de volumen. El ovario derecho es portador de un tumor que el examen histológico demuestra que es un tumor de las células luteínicas, es decir, un ***adenoma supra-renal.*** (Chauffard).

Existe en esto un complemento anatomo-clínico que caracteriza el ***virilismo supra-renal.***

Muy conocido por los antiguos como síndrome el Hirsutismo de Appert (1) ha sido minuciosamente etsudiado en el servicio de G. Ballet por su alumno Gallais (2). Y si los hechos superpuestos por nosotros,

son, particularmente raros, la serie de observaciones que conduce a la existencia de un síndrome génito supra-renal, es indudable.

Es especialmente una afección que ataca a los *niños del sexo femenino* y sobre 32 observaciones de virilismo supra-renal, reunidas en el trabajo de Gallais, 4 veces solamente atacó dicha enfermedad al sexo masculino. Este síndrome va unido a lesiones que producen una muerte en breve plazo, 50 % de los sujetos murieron antes de los seis años y la mortalidad que se observa de los siete a los dieciseis años es todavía de 42 %. No conozco aún ninguna observación, en la cual el sujeto atacado haya pasado de la menopausa. La naturaleza de la lesión suele ser también variable, pues sobre unos 20 exámenes histológicos, apreciamos 3 adenomas, 5 hiperneuromas, 10 cánceres o tumores malignos, un sarcoma, y el caso más interesante fué el de una hipertrofia simple. Se unilateró 19 veces sobre las 25 observaciones en las cuales se practicó la autopsia, el tumor era bilateral en 4 casos, y dos veces se desarrolló al nivel de las glándulas aberrantes.

La evolución clínica del síndrome depende, especialmente, de la *edad del sujeto* y de la naturaleza del *tumor*. Pero, en todo caso, la hipertricosis de sistematización masculina es el síntoma constante de un 93.75 %. La hiperstenia muscular es la regla, y hasta en los adultos, es de 40.62 %. Cuando se trata de un niño, el crecimiento se activa en proporciones inverosímiles. Como ejemplo, voy a citar solamente el caso de Durn (3) en el cual el *niño de 5 años representaba* 14, y en el que la hipertricosis estaba situada al nivel de la espalda de los órganos genitales; otro de Walker (1) cuya muchacha de 7 *años de edad tenía la esttatura de un hombre de* 20 *años,* y su sistema piloso era como el de un adulto de esta edad; o también la observación todavía más interesante de Herbert (2), en la cual era el caso de que en un niño de 18 meses se desarrolló la hiperricosis. Este desarrollo muscular y piloso es todavía más característico en el muchacho llamado *niño Hércules* y estos hechos demuestran que de esto, el pseudo-hermafrodismo no hay más que un paso.

Sucede todo lo contrario en la *edad adulta* y especialmente después de la menopausa, en la cual el metabolismo, singularmente se reduce y no puede presentarse sobre ciertos órganos, provocando solamente la *hipertricosis, la hiperstenia, la hipertrofia de los órganos genitales, como en el caso de nuestra enferma.* Por otra parte, una enorme hipertrofia uterina, está acompañada de metrorragias sin ningún indicio de tumor o de esclerosis; este es un proceso desconocido en materia de ginecología. Ultimamente la desaparición definitiva de la glicosuria, después de la intervención, es, por lo tanto, más demostrativa que parece ser de origen supra-renal. Pero el tumor de las células luéticas, del ovario formaba

algo así como un cuerpo amarillo, verdadera cápsula supra-renal accesoria y errante si creemos la teoría de Chauffard, sobre la cual Mulon se ha basado.

Los trastornos mentales secundarios frecuentes, aquí no existen, indudablemente a causa de la edad avanzada. En los sujetos jóvenes, el carácter se masculiniza, es el *virago* del cual ha hablado A. Pasé.

Por una curiosa coincidencia, al lado de todos estos signos de hiperfuncionamiento de los supra-renales observados en nuestra enferma, es preciso notar los signos de hipofuncionamiento caracterizados por la cesación de los reflejos y de la pigmentación cutánea.

¿En presencia de este complejo clínico podemos nosotros vacilar en atribuirlo a su glándula?

No se trata aquí del síndrome adiposo-genital de Froelich ni del mixedema, los cuales están frecuentemente acompañados de signos de infantilismo; solamente el diagnóstico habría podido discutirse con una afección de la glándula pineal, cuyo síndrome recuerda al síndrome génito-supra-renal, pero en caso de epifisitis existen modificaciones del líquido céfalo-raquídeo, de los signos del tumor cerebral, de la hipertensión craneana, de las lesiones de la pápila, lo que, en realidad, no existía en el susodicho caso.

* * *

Procuremos, mientras tanto, generalizar lo que precede. Entre el caso excepcional que os he presentado, y lo normal, debe existir un término medio *de desviaciones biológicas de origen supra-renal* que la clínica permitirá seguramente reconocer, mientras que la observación lo comprueba por los hechos. Por curiosa que sea esta observación no habría motivado este trabajo, si no hubiese tenido por fin ilustrar una vez más un síndrome hasta ahora desconocido. *Su estudio representa una larga enseñanza.* Demuestra la relación íntima que existe entre las dos lesiones que *a priori* parecen totalmente diferentes y de las cuales, una es, sin embargo, la absoluta consecuencia de la otra. Esto, debe conducirnos hacia el campo de investigaciones quirúrgicas, cuyos resultados operatorios tienen, con fercuencia, el valor de una larga experiencia fisiológica y que está excelentemente preparada para estudiar la íntima relación de las glándulas endocrinas.

¿Por qué no investigaremos si el desarrollo de los tumores uterinos o de la próstata, cuya génesis está aún desconocida, está bajo la dependencia de un trastorno glandular antiguo? ¿Quién se hubiera atrevido a decir, antes que Pierre Marie, que el gigantismo resultaba de una lesión hipofisaria? Ya sabéis, que, relativamente ayer, pues hace sólo 20 años,

nosotros tratábamos a los fibromas por la simple ablación de los dos ovarios. Fuera de esto hemos visto, después de estas operaciones, desaparecer a los voluminosos miomas con tal raipdez que la ausencia del trastorno menstrual es incapaz de explicarlo. Está admitido que entre la secreción ovárica y el estado floreciente de estos tumores existe una relación inexplicable que requiere precisarse, y cuyo origen es, tal vez, si creemos a algunos autores, una hiperplasia del cuerpo amarillo. ¿Por qué no admitimos e investigamos si este desequilibrio, esta anarquía celular que termina en el cáncer, no está favorecido por una modificación más o menos que contiene el suero de tal o cual jugo de una glándula endocrina, por la lesión de su parenquima?

El hecho de que un hiperfuncionamiento de la cápsula supra-renal pueda determinar sobre un organismo tales modificaciones que producen en un individuo adulto una evolución clara hacia el sexo opuesto, demuestra hasta qué punto la *influencia humoral* tiene poder sobre la vitalidad de los tejidos. Sin embargo, la composición del suero, es únicamente el resultado de la perfecta armonía secretora. Cuando esta armonía desaparece, entonces es cuando se rompe la armonía general. No es, pues, sobre la célula atacada o en el órgano en que está, donde es preciso investigar el *primum movens* de semejantes lesiones (estas investigaciones han seducido a todos sus investigadores, y, tal vez, sería conveniente cambiar de opinión) por la *composición química del suero*. Es decir, que hacia las lesiones glandulares desconocidas, debemos dirigir nuestras investigaciones, lesiones que nuestros medios actuales de estudios, no nos han permitido todavía descubrir, pero que estamos seguros de hacerlo en breve, poniendo para ello todos nuestros esfuerzos y facultades.

HIGIENE PERSONAL

El Dr. Arnold Lorand ofrece a la consideración general los siguientes doce mandamientos, para asegurar una larga vida:

1o. Permanecer tanto como le sea posible al aire libre, y especialmente al sol; hacer suficiente ejercicio, teniendo cuidado especial de respirar hondo y regularmente.

2o. Vivir con sujeción a una dieta consistente en: carne, una vez al día, huevos, cereales, vegetales verdes, frutas y leche cruda, de vacas saludables (tanto como lo permita el estómago), y masticar debidamente.

3o. Tomar un baño diariamente, y en adición, una vez a la semana o cada dos semanas, un baño de vapor (si el corazón lo puede resistir).

4o. Mover diariamente los intestinos, y en adición, activarlos una vez a la semana, si hubiere tendencia a la constipación.

5o. Usar camisetas porosas, con preferencia de algodón; vestidos porosos, cuellos anchos, sombreros ligeros (si se lleva alguno y zapatos bajos.

6o. Irse temprano a la cama y levantarse temprano.

7o. Dormir en un aposento muy oscuro y tranquilo, y con una ventana abierta; no dormir menos de seis horas y media, ni más de siete a siete y media: las mujeres ocho horas y media.

8o. Tener un día de absoluto descanso en la semana, aún sin leer ni escribir.

9o. Evitar las emociones mentales, y el apesadumbramiento por cosas que hayan ocurrido y que no puedan ser alteradas, lo mismo que por las que puedan ocurrir. Nunca decir cosas desagradables y evitar el oirlas, si es posible.

10. Casarse y si se enviuda, casarse otra vez.

11. Ser sobrio en el uso del alcohol y del tabaco y también en el uso del café o del te.

12. Evitar los sitios sobrecalentados, y especialmente por vapor, y los mal ventilados. Reemplazar o reforzar las funciones de los órganos que pueden haber sufrido cambios por la edad o por enfermedad, por medio de los extractos de los órganos correspondientes, procedentes de animales sanos; pero hacer esto solamente bajo la extricta observación de médicos que estén completamente familiarizados con las funciones de las glándulas endócrinas.

El Dr. Lorand dice que la historia revela que aquellos que viven más frugalmente son los que viven más largo tiempo.

En su informe acerca de la autopsia de Tomás Parr, que vivió hasta la edad de 152 años y 9 meses, el Dr. Harvey, médico del Rey, atribuye la muerte de aquél, al cambio de un régimen frugal de queso sub-ácido, leche en todas las formas y pan duro, por la rica alimentación que tuvo en Londres; y a causa del cambio del aire saludable del campo por el clima nebuloso del de la metrópolis. También insiste en que el haber llevado una vida campestre, libre de cuidados por su sencillez, contribuyó a que alcanzara su muy avanzada edad, pues como el gran Harvey dijo expresamente: "pobre viaje, pero libre de cuidados".

Y a las tres agencias, frugalidad, aire fresco y despreocupación, deseamos añadir la gran ventaja del Sol, abundante leche en la dieta y poca carne, una acción apropiada y diaria de los intestinos, un baño diario, vestidos racionales, y sobre todo, teniendo en consideración la gran importancia de las glándulas de secreción interna como un medio de liber-

tar nuestro organismo de los productos venenosos y así prevenir la vejez prematura, debemos insistir en la higiene racional de esos órganos, y en reforzar sus funciones, si se han cambiado por la edad o por la enfermedad, por medio de los extractos obtenidos de órganos similares de animales sanos.

De un largo estudio de las vidas de los patriarcas que alcanzaron mucha edad, y que, según evidencia, algunas veces legal, vivieron hasta una edad de más de 100 años, y en algunos casos aún de 160, hemos llegado a la conclusión de que, siguiendo las reglas higiénicas, podemos con certeza conservar nuestra juventud hasta los 50 o 60 años, y nuestra vida, hasta los 100 o más años."

(Del *Boletín del Departamento de Higiene de Milwaake.*)

NOTAS OFICIALES.

Sección Ccientífica de la Asociación Médica del Distrito Norte.

27 de Mayo. En el salón de la Asociación Médica de Puerto Rico, tuvo lugar una reunión científica con asistencia de un buen número de miembros del Distrito, en la que se presentaron y discutieron temas científicos relacionados con ciertas enfermedades propias de nuestro país, y de nuevos métodos que se practican en el estudio de las mismas. Los doctores Gómez Brioso, Saldaña, López Sicardó, García de Quevedo y otros presentes tomaron la parte en las discusiones que fueron de gran interés para nuevos estudios en el futuro relacionados con las enfermedades tropicales.

Se discutieron los métodos modernos de laboratorio en el estudio de dichas enfermedades, dejándonos oir el Dr. Giuliani su autorizada palabra en el caso.

Se acordó aplazar para otra reunión varios casos observados por el Dr. López Sicardó, y su ayudante, el Dr. Laugier en el Hospital Municipal de San Juan, con el estudio completo de los mismos y los puntos esenciales que se presentan en estas dolencias, que parecen aclarar la patogenia de determinadas fiebres y síntomas que predominan en este país.

El Dr. Saldaña leyó también dos casos interesantes, traducidos de una revista médica francesa, uno de Hernia Diafragmática con apendicitis subclavicular ocurrida en Francia en un niño de 12 años de edad, y

otro de herida del corazón teniendo la operación un resultado satisfactorio.

La reunión fué presidida por el Dr. Gómez Brioso, haciendo de Secretario el Dr. Laugier.

Se hallaban presentes los Dres. Saldaña, Gómez Brioso, López Sicardó, del Toro Cuevas, Avilés, Giuliani, Matanzo, Martínez Alvarez, Fernández Náter, López Antongiorgi, de Juan, Barreiro, García de Quevedo y Laugier.

---

10 de Junio.

Tema: "Phlegmasia Alba Dolens Pelviana".

En el salón de la Asociación Médica de Puerto Rico tuvo lugar esta conferencia, encontrándose presentes un buen número de los miembros del Distrito Norte, cuyos nombres siguen a continuación:

Dres. Coronas, de Barranquitas; Giol Texidor, de Caguas; Lavandero, de Comerío; Marcano, de Río Piedras; y de San Juan: Gómez Brioso, Gutiérrez Igaravídez, García de Quevedo, Saldaña, García Cabrera, Quevedo Báez, Avilés, Ashford, del Toro Cuevas, Bernabé, Monagas, Carbonell (José N.), Lugo Viña, Matanzo, Muñoz Díaz, Martínez Alvarez, Fernández Náter, López Antongiorgi, López Sicardó, Hernández y Laugier. Ocupó la presidencia el Dr. Gómez Brioso, presidente de la Comisión Científica, y como secretario, el Dr. Laugier, secretario de la Asociación Médica del Distrito Norte.

El Presidente da por empezada la sesión y presenta a los señores médicos concurrentes, al conferencista, Dr. Eusebio Coronas. El Dr. Coronas empieza su importantísima conferencia, y con voluminosos datos trae ante la asamblea, dos casos clínicos observados por él de phlegmasia alba dolens pelviana. Estos, traídos con la maestría e ingenuidad que caracterizan al notable conferencista, puso de manifiesto la importancia de su tema, que se probó con la animada e interesante discusión que siguió una vez terminada la conferencia. El Dr. Coronas considera la condición del pulso en toda puérpera, de suma importancia.

Sesión del 17 de Junio.

En la noche del Jueves 17 de Junio, en el salón de la Asociación Médica, celebró su segunda sesión científica como continuación a la celebrada el Jueves 10, próximo pasado.

Le tocó el turno al Dr. Luis García de Quevedo, quien con un gran

acopio de datos y claridad marcada nos desarrolló su interesantísimo tema: "La Anemia en Puerto Rico y sus Causas". El conferencista nos dió a conocer que en sus once años de práctica en el país, ha prestado especial atención a este importante asunto y cree que la anemia típica de los campesinos del país no debe atribuirse solamente a la uncinariasis y sí también a la caquexia palúdica y filaria y al modo de vivir de dichos campesinos y sus malas condiciones higiénicas.

El Dr. García de Quevedo fué muy felicitado por su magnífico trabajo que revela gran pericia y conocimiento en la materia.

El segundo asunto que ocupó la atención de la Sociedad, fué el hecho de que, según la última Ley del Presupuesto Insular, se hace obligatorio a los médicos del servicio municipal o insular el prestar servicios gratuitos a las cortes de justicia. El Dr. del Toro presentó el asunto a la consideración de la Asamblea,, oyéndose más luego la opinión de los doctores Gutiérrez Igaravídez, Saldaña y Gómez Brioso. El Dr. Gutiérrez Igaravídez, como presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, y a la vez del Comité de Legislación y Policía de la Asociación, manifiesta estuvieron conferenciando con los señores delegados y consejeros en nombre de la Asociación todo aquello que se trataba acerca de la clase médica y aun cree pueda hacerse la verdadera justicia que nos merecemos en tal vital asunto.

Presentes: Gómez Brioso, Saldaña, Avilés, Gutiérrez Igaravídez, Aguirre, Ashford, Pesquera, García de Quevedo, de Juan, del Toro, Guiliani, Laugier, Matanzo, Fernández Náter, Lavandero, Muñoz Díaz, López Sicardó y Monagas.

LA SECCION ACADEMICA DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

En la última Asamblea Anual de nuestra Asociación celebrada en los Baños de Coamo, se aprobó un acuerdo creando una sección académica. Parece que por falta de iniciativa no se ha dado vida activa a la idea, pero como ya ha pasado algún tiempo, y tal vez muchos de los asociados que no asistieron a la Asamblea no hayan tenido noticias del establecimiento de esta sección, nos proponemos interesar a los que le convenga. El primer párrafo del acuerdo dice claramente el objeto y la necesidad de la sección, la cual se hace hoy de mayor interés para que no se tenga que decir que en las secciones científicas de las Sociedades de Distrito se tra-

tan asuntos someramente para en sesiones de otra organización tratarlos con toda la profundidad y esmero que requiere la ciencia.

He aquí el acuerdo:

A LA ASAMBLEA DE 1914.

ACUERDO:

Los abajo firmados, todos miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico, deseando desvirtuar la idea que pudiera tomar cuerpo en la opinión pública de la Isla de que la Asociación Médica no tiene tendencias científicas o académicas, sometemos a la Asamblea la siguiente

RESOLUCION:

1o. Constitúyase dentro de la Asociación Médica de Puerto Rico una sección que se denominará "Sección Académica de la Asociación Médica de Puerto Rico".

2o. La Sección Académica actuará siempre de acuerdo con el Comité de Asuntos Científicos de la Asociación, y trabajará en la preparación del programa científico de las asambleas anuales y en la redacción del *Boletín*, y sus propósitos serán puramente de orden científico y académico, estimulando el estudio y laborando por el progreso de la ciencia médica y sus allegadas.

3o. Para ser miembro de la Sección Académica de la Asociación Médica de Puerto Rico, se requiere:

(a) ser miembro de la Asociación Médica de Puerto Rico.

(b) haber demostrado de algún modo práctico el haber hecho algo en bien del progreso de la ciencia médica en la Isla.

4o. Los Oficiales de la Sección serán un Presidente y dos Secretarios, que serán nombrados por elección entre los miembros de la Sección.

5o. La admisión de miembros se hará mediante solicitud presentada al Presidente de la Sección y aprobación por los miembros en cualquiera sesión oficial.

6o. La Asamblea eligirá los miembros que hayan de constituir la Junta Organizadora de esta Sección, y después de ésta primera nominación, la Sección Académica actuará de acuerdo con sus principios.

Balneario de Coamo, 13 de Diciempre de 1914.

(Firmados)

Jorge del Toro, José S. Belaval,
Salvador Giuliani, Bailey K. Ashford, Jacinto Avilés.

El acuerdo fué aprobado por unanimidad, quedando desde ese mo-

mento constituída la Sección, habiendo acordado también la Asamblea, que la Junta Organizadora quedará compuesta de los doctores firmantes del acuerdo.

LOS BENEFICIOS DE LA GUERRA

Aunque parezca paradógico el título de este artículo, alude a ideas y a medidas administrativas y legales que por más que estén en vigor, en nuestro país, desde hace ya muchos años, deberán realmente a la guerra su aplicación y realización.

Contentándonos por ahora con hablar de la lucha contra el alcoholismo, nos preguntamos si no fué en vano que, desde hace ya décadas, economistas, moralistas, médicos, filántropos legisladores, higienistas, políticos, academias, ligas de todas clases, etc., fracasaban al denunciar el peligro nacional que es el alcoholismo, cuando para reprimir la plaga cada vez más amenazadora reclamaban un conjunto de medidas de pública salvación: prohibición del ajenjo y de sus similares, limitación de los establecimientos de bebidas, impuesos sobre el alcohol, supresión de destiladores de vino, monopolio del alcohol, etc.

Todas las mentes dirigidas hacia el porvenir son del parecer de que los horizontes de la defensa nacional deben traspasar singularmente la zona de los ejércitos. Debe contener también la guerra contra las plagas interiores: alcoholismo, tuberculosis y sífilis, que nos bastardean y arruinan.

Con objeto de ir en guerra contra el alcohol, la movilización empezó ayer; data de los decretos firmados por el Presidente de la República relativos a la prohibición del ajenjo y a la apertura de establecimientos de bebidas.

Para reclamar la limitación de establecimientos de bebidas, ¿no sabíamos ya, entre otros, los resultados que dió en Inglaterra y otras partes durante el año 1909-1910? Los ingleses parece consumieron 412.000 barriles menos que durante el ejercicio anterior, y la disminución del consumo de licores alcohólicos parece fué todavía más notable: no fué inferior a un 33 1|2 por 100.

Durante aquella época, el plácido país de Francia contaba 1 establecimiento por 82 habitantes, contra 1 por 143 en Suiza, 1 por 170 en Italia, 1 por 200 en Holanda, 1 por 246 en Alemania, 1 por 380 en los Estados Unidos, 1 por 410 en Bélgica, 1 por 430 en Inglaterra y 1 por 9.000 en Noruega y Canadá. Sólo nuestro departamento del Norte cuen-

ta 51.814 establecimientos. (*Dictamen de M. Joseph Reinach en la Cámara, noviembre de* 1913.)

Higienistas, médicos y economistas, esperábamos nuevos decretos más satisfactorios todavía: la supresión del privilegio de destilar vino, reclamado ayer por todos mis compañeros de la Academia de Medicina y de la Academia de Ciencias. Higienistas y médicos, porque en el mantenimiento de este privilegio reside uno de los factores importantes del alcoholismo; economistas, porque al sumar el número de destiladores de vino (1.300.000) calculaban la enorme pérdida que tales privilegios hacen sufrir al erario.

Y aun tal empobrecimiento de la hacienda nacional, por pérdida de derechos dejados de percibir sobre esa categoría de acoholizadores, debe tenerse en poco, si la relacionamos con las pérdidas de dinero sufridas por particulares, municipios, departamentos y Estado, por el hecho de paro de trabajo, accidentes de todas clases, enfermedades, afecciones mentales, delitos y crímenes de los alcoholizados. ¿No podrían construirse grandes poblaciones sólo con los hospitales, asilos de idiotas, hospicios de epilépticos, manicomios, depósitos de mendigos y cárceles en que, a cargo del público, entran legiones de bebedores?

Y aun muy incompleta es esta enumeración de pérdidas en vidas productivas y gastos acarreados, en nuestro país de despoblación, por la mortalidad infantil, por la debilidad congénita, por la susceptibilidad, que tanto pesan sobre lo moral y lo físico de toda descendencia de alcoholizados.

¿No están de acuerdo todos los médicos en decir que el alcoholismo deja sin resistencia al individuo frente a las enfermedades, con respecto a la erisipela, pulmonía, fiebres eruptivas y traumatismos? ¿No enseñan todos que predispone particularmente a la tuberculosis?

Por eso el profesor Hayem pudo decir familiarmente que la *tisis se cogía en el mostrador del bar*, y nosotros que el *alcoholismo preparaba la cuna a la tuberculosis.* En los hospitales de París, entre 100 tuberculosos es corriente el encontrar de 70 a 80 alcohólicos. ¿No hemos enseñado ya que en Francia las regiones en que hay más tuberculosos son aquellas en que se consume más alcohol? El hecho es patente en ciertos centros y en ciertas poblaciones industriales, focos de alcoholismo en que la mortalidad por tuberculosis alcanza una proporción aterradora. En los departamentos del Ródano y del Sena, por ejemplo, de 1,000 defunciones la tuberculosis reclama por su parte más de 255, más de un cuarto. Más de la tercera parte de hijos de alcoholizados se mueren de tuberculosis.

Siendo así, los intereses de la natalidad y vitalidad francesas, ambas fiadoras de la defensa nacionl, exigen que se declare la guerra inmediata,

implacable e indefinida, al alcoholismo. Ahora bien, si la guerra defensiva de Francia y aliados contra los bárbaros es causa del despertar que nace en todos los corazones y en todas las mentes, para acabar de una vez con el alcoholismo que es la peor plaga social, no podemos decir nada tan justo, una vez más como que no hay mal que por bien no venga, y que la victoria lograda en nuestro país contra el alcohol habrá sido uno de los beneficios de la terrible guerra de 1914-1915.

Los ministros de Gobernación, Hacienda y Justicia, al presentar a la firma del Presidente de la República los dos decretos que preparan el fin del alcoholismo, ponen en práctica la idea de uno de los grandes ministros de Inglaterra, lord Disraeli: "La protección de la raza, al igual que la defensa de la salud pública, son los primeros de los deberes del verdadero hombre de Estado."

Prof. L. LANDOUZY.
De la Academia de Medicina y del Instituto.

Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

Presidente: Pedro Gutiérrez Igaravidez, M. D.,
San Juan, P. R.

Vice Presidente: Manuel de la Pila Iglesia, M. D.,
Ponce, P. R.

Tesorero: Jacinto Avilés, M. D., San Juan, P. R.

Secretario: José Belaval, M. D., San Juan.

CONSEJO

Bailey K. Ashford, M. D., San Juan, P. R.

Manuel Quevedo Báez, M. D., San Juan, P. R.

Francisco del Valle Atiles, M. D., San Juan, P. R.

Editor del Boletín: Francisco del Valle Atiles, M. D.,
San Juan, P. R.

Auxiliar Editor: Esteban García Cabrera, M. D.,
San Juan, P. R.

SUMARIO

	Páginas.
A lo que estamos obligados.—*Dr. F. del Valle Atiles*	148
Notas clínicas sobre casos de parto en presentación de cara.—*Dr. José S. Belaval*	149
Vesiculitis of non-gonorrheal origen.—*Dr. W. R. Glines*	159
Patología Tropical.—*Dr. Alfredo A. Da Matta*	160
Tratamiento específico de las formas malignas de malaria.—*Dr. C. C. Bass*	169
Recientes experiencias en Oriente con el aceite de Chenopodium como remedio contra la Uncinaria.—*Dr. Victor G. Heister*	173
Un medio seguro de destrucción de las larvas	175
Tuberculosis y Salud Pública.—*Dr. H. M. Landis*	177
Trastornos provocados por una alimentación exclusiva.—*Drs. Weill y Mouriquand*	185
Epidemiología: paludismo sin anofelismo.—*Dr. Maurice Boigey*	188
NOTAS VARIAS:	
Polvos de arroz y polvos para la cara.—Inyecciones de agua hirviendo dentro de la glándula tiroides.—La lepra.—Profilaxia	195
Conducta antiprofesional en Ohio	204
Principios de Moral Médica	206
Informe de los trabajos médico-quirúrgico realizados en el segundo Distrito de San Juan	216
Necrología	223
NOTAS OFICIALES:	
Conferencias Científicas de la Asociación Médica del Distrito Norte	224
Asamblea anual de la Asociación.—Junta de Médicos Examinadores	225

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.
ORGANO OFICIAL
PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XI SEPTIEMBRE 1915 NUMERO 108

A LO QUE ESTAMOS OBLIGADOS

DR. FRANCISCO DEL VALLE.

En el **Boletín de la Asociación Médica** No. 74, publicado en Noviembre de 1910, se imprimió, bajo el título de "Principios Generales de Ética Médica", el Reglamento aconsejado por la Asociación Médica Americana; en el Prefacio, se aclaró que se dejaba a la discreción de las diferentes Sociedades de Estados y Territorios el formular la penalidad por mala conducta profesional de sus miembros.

Aquellos principios formulados y adoptados en la reunión llevada a efecto en New Orleans, en Mayo de 1903, han sido revisados en Junio 4 de 1912, y, aunque en el fondo no hay cambios substanciales, su exposición es distinta; razón por la que hemos creido convenientemente publicarlos de nuevo, ya que a su observancia estamos obligados como miembros de la Asociación.

Para la generalidad de los médicos sería innecesario un Código Penal sobre faltas de ética; formulado o no el Código, el médico que se respeta a sí propio y a la profesión, lo observa; su moralidad no depende de la compulsión, sino que es un acto voluntario ligado a su personalidad; y, por fortuna, la clase médica, salvo las excepciones que afirman la regla general, está compuesta de personas honorables, cuyas costumbres cívicas, y conducta profesional son irreprochables. Mas no se puede tapar el cielo con las manos, ni tampoco ocultar que existen casos en los que la conducta privada y profesional de algunos médicos deja mucho que desear desde el punto de vista de la moral; no son inútiles, pues, para estos, los Códigos de Ética Médica, que si no logran contener sus infracciones morales, por lo menos sirven para que el mundo profano sepa que la moral médica reprueba tales actos, y que no considera al infractor como un miembro de la profesión Médica. Por otra parte hay algunos médicos que por no habérseles llamado su atención hacia este asunto, infringen la moral médica, realizando actos que ésta condena por no ser profesionales; puede que no haya la intención,

pero de todos modos la falta cometida, aún por ignorancia, envuelve cierto grado de desprestigio profesional. De lo expuesto se deduce que no es ociosa la publicación de los principios generales de ética médica, y por ello los damos traducidos al español, con lo que creemos prestar un buen servicio a nuestros compañeros miembros de la Asociación, a la profesión en general, y hasta al mundo ajeno al ejercicio de medicina, que puede juzgar, por nuestra norma de moral, del caracter profesional, y ver que la profesión médica procede en armonía con los principios que informan las buenas costumbres de las sociedades civilizadas. Cuanto cooperen a presentar la profesión médica ante el público cual ella es, noble y digna, tiene que ser provechoso a todos los que somos devotos de ella.

La Asociación Médica de Puerto Rico asume, entre otros deberes, el de esforzarse por elevar el buen nombre profesional de los que practicamos en la Isla, no sólo desde el punto de vista intelectual, sino también moral; y está resuelta a cumplir con todos sus deberes, para así contribuir a dar mayor grado de respetabilidad a la ya respetable clase médica puertorriqueña.

Del propio modo y así como lo hace la Asociación Médica Americana, se propone no descuidar el estudio de los problemas sociales que caen dentro del dominio médico, y para ello necesita presentarse ante el público con las altas prerrogativas de una Sociedad de hombres de moralidad intachable. Recientemente la Asociación Médica Americana, reunida en San Francisco, ha dado una prueba de su virtualidad desarrollando un programa tan importante como vasto. La concurrencia de miembros ha sido grande, y se han tratado asuntos de gran interés para el avance y utilidad de la profesión en sus relaciones con los servicios públicos.

Un estudio de las relaciones que el médico puede encontrar en las condiciones sociales que prevalecen especialmente en lo que concierne a la legislación que trata de la compensación debida a los obreros, fué presentada por el Comité de Legislación. Esto sólo basta para demostrar que la profesión médica se interesa en procurar que se mejoren las condiciones malas en que los pobres viven y trabajan.

La Asociación Médica de Puerto Rico tiene un ancho campo de acción delante de sí, en donde puede ejercer su influencia como corporación científica desinteresada, estudiando y proponiendo medios prácticos para mejorar las condiciones sociales que todos reconocemos que existen y son perjudiciales al desarrollo normal económico colectivo del país.

Y ella no descuidará el estudio de estos asuntos, procurando mantener el buen nombre profesional del médico puertorriqueño, patrocinando todo trabajo intelectual que sea conducente a darle prestigio al cuerpo médico, y protegiendo la profesión contra el mercantilismo y la charlatanería, para que no sufra detrimento el sumo de tono moral que le corresponde.

NOTAS CLINICAS SOBRE CUATRO CASOS DE PARTO EN PRESENTACION DE CARA. (*)

Dr. JOSE S. BELAVAL.

Distinguidos compañeros:

Durante mi término como director de los Hospitales Municipales de San Juan, me dediqué muy especialmente a la sala de parto, porque tengo verdadera predilección por esta rama de la medicina que tantas zozobras nos ocasionan a veces, pero que al mismo tiempo nos llena de satisfacción y de alegría cuando vencemos sus dificultades, y traemos al mundo una criatura vigorosa y fuerte que en un principio creíamos perdida.

Horas muy amargas sin duda son las que pasamos al lado de un parto distócico, cuyas dificultades en sus comienzos nos parecen invencibles, pero la práctica nos va enseñando, que con tacto e inteligencia casi siempre saldremos airosos de ellas.

Sabido es por todos nosotros, que las condiciones que reunen las casas de los pobres en San Juan, no son las más adecuadas para tratar en ellas alumbramientos anormales; así, por la pequeña sala de maternidad de los Hospitales Municipales, pasan casi todas las distocias correspondientes a una población de más de 50,000 almas, y allí, cúpome en suerte tener que resolver muchos y muy interesantes casos de partos, que bien puedieran ser objeto de un estudio detenido cada uno de ellos; pero, sólo voy a referirme en esta oportunidad, a una serie de cuatro casos de PRESENTACION DE CARA,

---

(*) Conferencia leída ante la Sociedad Médica del Distrito Norte en su Sesión de Septiembre 9, 1915.

que se sucedieron en aquel servicio en el corto período de tiempo de Septiembre de 1913 a Abril de 1914.

Antes de continuar en consideraciones de ningún género expondré las historias clínicas de estos cuatro casos y sus tratamientos.

Primer caso: R. Q. O., admitida el 22 de Septiembre de 1913, de 22 años de edad, soltera, mulata, lavandera, Primipara. Ultimo período en Diciembre de 1912. Esta enferma, manifiesta a su ingreso que hacía tres días estaba con dolores. Temperatura a su entrada, 38 grados; aquejaba escalofríos desde el día anterior al de su admisión. Había sido examinada por una comadrona.

Diagnóstico: Presentación de cara mento-anterior.

Curso del parto: Dos horas después de su admisión se acentuaron los dolores y dió a luz expontáneamente una niña viva. No hubo laceraciones del periné.

Curso pospartum: Continuó la fiebre por diez días, cediendo al tratamiento clásico de estos casos de infecciones puerperales benignas.

* * *

Caso segundo: A. M., admitida el 5 de Abril de 1914, de 24 años de edad, soltera, trigueña, doméstica, multipara.

Ultimo período en Julio próximo pasado, bien durante todo el embarazo, partos anteriores normales.

Los dolores comenzaron hace tres días, aunque sólo los ha tenido fuertes desde el día anterior a el de su ingreso en el hospital.

Diagnóstico: La examino en unión de mi compañero el doctor Vallecillo, y llegamos a la conclusión de que se trataba de un caso de presentación de cara, con el mentón posterior en la concavidad del sacro, y la cabeza tan encajada que apenas se abría la vulva, fácilmente se observaba la parte presentante, que distendía el periné. Según informes hacía ya muchas horas que la cabeza estaba en esa misma situación y sin adelantar nada.

Tratamiento: Hemos de ser francos, por primera vez nos encontrábamos frente a un distocia de este género, que como todos sabemos tan seriamente comprometen la vida del feto y exponen a las madres a graves desgarres del periné y vagina; sin embargo, siguiendo las enseñanzas de nuestros maestros, se administró a la paciente la anestesia general por el éter, y ayudado por el Dr. Vallecillo, procedimos a hacer la rotación anterior del mentón; pero todos nuestros esfuerzos fueron vanos, la parte presentante parecía estar encajada como una cuña. Deliberamos rápidamente sobre la necesidad de hacer una craneotomia que a decir verdad, nos era sumamente re-

pugnante en un niño que estaba vivo, con un corazón que latía poderosamente, y cuyos latidos resonaban en nuestros oídos como el gemido de la inocente víctima que pedía misericordia para su vida. Ante esta incertidumbre ordenamos profundizar más la anestesia, y nos decidimos a tratar la versión podálica, apesar de reconocer que no era el procedimiento más recomendable en un caso que como en aquel se encontraba la cabeza ya muy baja y encajada; afortunadamete, hemos tenido éxitos muy lisonjeros con esta maniobra en casos de presentaciones transversas con prolapsos del brazo que se encontraban encajados en la pelvis, y no dudamos en ensallarla también en este caso, que después de todo había que considerarlo como perdido, puesto que no quedaba ya otra esperanza que una craneotomia. En efecto, después de muchos y muy cuidadosos esfuerzos, noto que la cabeza cedía algo, y con gran dificultad logro introducir la mano derecha dentro de la cavidad uterina pudiendo coger un pié; puedo garantizar a ustedes compañeros, que pocas veces he sentido una satisfacción mayor que la que experimenté, cuando al tirar paulatinamente de aquel pié sentí que cedía a mi tracción, y que la parte presentante empezaba a deslizarse y a ascender en la pelvis para dar paso al pié que yo tenía, terminé aquella difícil versión, bajando el otro pié y extrayendo una hermosa niña cuyo llanto poderoso nos llenó de alegría, porque verdaderamente sentíamos el regocijo de haberle salvado la vida después de haber estado condenada a muerte por nosotros mismos. Toda la operación duró 30 minutos. No hubo desgarres perineales ni hemorragia *post-partum*.

La enferma ingresó con 8 décimas de fiebre, que aumentó a un grado al siguiente día, pero que desapareció al segundo del puerperio y fué dada de alta a los cinco días a petición de la misma.

* * *

Caso tercero: M. P., admitida el 15 de Abril de 1914, a las dos de la madrugada de 18 años de edad, blanca, casada, primipara. Ultimo período en Julio, bien durante todo el embarazo. Los dolores comenzaron el 13 por la mañana, había sido visitada por un compañero quien antes de enviarla a los hospitales, le había hecho varios exámenes vaginales y una doble aplicación de forceps que habían sido infructuosas.

Examen y diagnóstico: Embarazo a término, presentación de cara mento-postérior, periné lacerado en varios puntos, y central-

mente casi hasta el recto, vulva edematosa con laceración del labio derecho.

Tratamiento: Con la experiencia tan reciente que teníamos del caso anterior, ya no dudamos un momento en cuanto al procedimiento a seguir, mucho más, cuanto que, en este caso los sonidos del corazón fetal no podían oirse y lo suponíamos muerto. Anestesiamos la enferma con el éter, y tratamos la rotación anterior del menton que se hizo impracticable; apesar de lo encajada que estaba la cabeza después de una doble aplicación del forceps, procedimos a hacer una laboriosa versión podalica, extrayendo un niño casi muerto, apenas se sentían los latidos fetales y no fué posible revivirlo. Suturamos el perine, se administró una inyección de ergotina para la hemorragia *post-partum* que sobrevino, y la enferma fué dada de alta a los pocos días sin ninguna otra complicación.

* * *

Caso Cuarto: V. R., admitida el 15 de Abril de 1914, a las 3 p. m., de 23 años de edad, trigueña, soltera, multipara, tercer embarazo.

Partos anteriores normales, último período en el mes de Julio, bien durante todo el embarazo.

Los dolores empezaron a las tres de la madrugada, fué traida al Hospital y en los momentos en que se le colocaba en la cama y nos disponíamos a hacerle un reconocimiento, ocurrió la expulsión de la cabeza en presentación de cara mento anterior, dando a luz una niña afictica que no fué posible revivir.

Según informes fué traida al hospital porque hacía mucho tiempo que la cara estaba en el perine y no acababa de nacer. Estuvo tratada por una curiosa en su casa.

Haremos una sucinta relación de la literatura de estas presentaciones para compararlas con nuestros casos.

Frecuencia de las presentaciones de cara: "Pinard" en 92026 partos por el analizado, encontró solamente 374 presentaciones de cara, o sea una en cada 250 casos, igual a un 0.4%. "Hirst" las aprecia en un 0.5% de todos los partos. "De Lee" establece la proporción de un caso en cada 200 partos, y Edgard afirma que en dos mil doscientos alumbramientos tuvo sólo cinco presentaciones de cara o sea un caso por cada 440 partos, igual a un 0.22%.

En nuestras series tenemos, que de 185 partos asistidos en la ma-

ternidad de los hospitales municipales en el período de tiempo transcurrido entre Julio de 1912 y Abril de 1914, ocurrieron 4 casos de presentaciones de cara, o sea el 2% de todos los partos allí tratados durante el susodicho período de tiempo. Indudablemente que si comparamos este tanto por ciento nuestro con los anteriormente anotados, lo encontraremos sumamente alto, mucho más cuanto que, en aquellas cuatro presentaciones de cara hubo dos con menton posterior persistente, dándonos por lo tanto un cincuenta por ciento de mentones posteriores, proporción también muy subida si la comparamos con el uno por ciento que es el aceptado por la mayoría de las autoridades en la materia.

No hay duda de que nuestra serie de 185 casos de partos, es muy corta para establecer por cientos aproximados, pero de todos modos es curioso que se hayan presentado en un período de siete meses cuatro casos de presentaciones de cara, tres de ellos casi consecutivos, puesto que, uno ocurrió el 5 de Abril y los otros dos en un solo día, el 15 de Abril.

Etilogía: Edgard, dice, que a primera vista podríamos considerar las presentaciones de cara como simples anomalías del mecanismo del parto, resultado de alguna obstrucción del canal parturiento que produce la extensión de la cabeza, pero al mismo tiempo afirma que indudablemente debe haber algún otro factor etiológico en estas presentaciones, porque su frecuencia no guarda relación alguna con la frecuencia del factor causante arriba mencionado. Por otra parte, ello explicaría las presentaciones de cara secundarias, pero no las primitivas o primarias, que aún cuando negadas en absoluto por algunas autoridades, han sido sin embargo observadas con certeza por Mme. La Chapelle, Neagle, Fieux, De Lee y otros, que las han diagnosticado positivamente durante el embarazo y antes del comienzo del parto.

Las causas más comunmente reconocidas de estas presentaciones, podrían dividirse como sigue: Primero: En causas de las malas posiciones en general, a saber: pelvis contraídas, hydramnios, partos dobles, monstruosidades, etc.

Segundo: En causas dependientes del útero o sean su oblicuidad lateral, muy común según Pinard y Winkel en las multiparas con abdómenes pendulosos, úteros de forma triangular, etc.

Tercero: En causas residentes en el canal parturiento, tales como pelvis contraídas, diámetros transversos muy pequeños,

cuellos uterinos muy rígidos, espinas ischiaticas muy prominentes, vegiga materna muy distendida.

Cuarto: En causas residentes en el feto, que entorpecen la flexión y favorecen la extensión, tales como cabezas voluminosas, tumores del occipucio, rigidez espástica de los músculos posteriores del cuello, hipertrofias congénitas del tiroide, dobleces del cordón umbilical debajo del mentón, tumores del cuello, y fetos dolicocefálicos, los que, según Hecker, pueden ser causas de estas presentaciones. Es indudable que los niños que nacen de cara son dólicocefálicos,, sin embargo, del hecho de que casi todos reasumen su forma normal de cabeza pocos días después del parto, se deduce con fundamento que dichas dolicocefalias son más bien el resultado y no la causa de las presentaciones de cara. Apesar de ésto, Zweeifle extrajo por la operación cesárea un niño dolicocefálico que se había presentado de nalgas. Este caso, parece indudablemente sustentar la teoría de Hecker o sea, de que existen dolicocefálicos primarios al parto; Jellinghaus y Gessner han reportado también otros casos que en opinión de ellos sustentan la teoría de Hecker.

Winckel manifiesta que el 30 % de sus casos eran hidrámicos, el 22 % tenían lazos del cordón alrededor de alguna parte del niño, el 30 % eran pelvis contraídas, y el 60 % eran multiparas con abdómenes pendulosos; y Duncan también opina que la causa más frecuente de estas presentaciones de cara son las posiciones oblícuas del útero, comunes en multiparas con abdómenes flácidos, y explica que estas circunstancias permiten que la espalda del niño se doble hacia el lado del occipucio y que en tales condiciones, el menor obstáculo al decenso de la cabeza ocasiona su extensión y da lugar a una presentación de cara.

En nuestra serie los niños eran normales, todos bien desarrollados, dolicocefálicos, no presentaban envolturas del cordón en ninguno de ellos y las pelvis de las madres aún cuando no fueron medidas, no demostraban ningún grado de contractura apreciable, y por último un 50% de las madres eran primiparas y el otro 50% multiparas.

Prognósis.—Hasta fines del siglo 18 las presentaciones de cara se consideraban de pronóstico tan grave, que se aconsejaba siempre transformarlas en otras más favorables; sin embargo, para esta época Deleuriye en Francia y Zeller y Boer en Austria, llamaron la atención a que dichas presentaciones no tenían la gravedad que se les atribuía, sinó que por el contrario la mayoría de ellas ter-

minarían expontáneamente si no se intervenía, y así vemos que de los 80 casos de Boer, 79 terminaron expontáneamente y sólo a uno hubo de aplicarle forceps, habiendo perdido cuatro niños. Weiss perdió solo cuatro niños de 78 casos tratados expectantemente. En 21 casos ocurridos en la maternidad de Moscow, 17 terminaron expontáneamente, dos por forceps y dos por craneotomia, todas las madres vivieron.

Un elemento importante y que hay que tener muy en cuenta, para el pronóstico, es la posición del mentón, puesto que, la mortalidad del feto es muchísimo mayor en los mentones posteriores, y las madres están expuestas a más graves riesgos y laceraciones perineales.

Los peligros que más comunmente amenazan a las madres en estas presentaciones, son los de todo parto prolongado, laceraciones perineales, infecciones puerperales, desgarres de la matriz, etc., y a los niños, las congestiones cerebrales, apoplegías, asfixia por presión sobre los grandes vasos del cuello al ser cogido debajo del pubis, y las lesiones de los ojos durante los exámenes vaginales.

De nuestros cuatro casos perdimos un 50% de los niños, tanto por ciento indudablemente muy subido, pero explicable por las razones siguientes, primera: que de los cuatro casos como hemos visto, dos eran de mentón posterior; y segundo, porque de los dos casos fatales las madres estuvieron tratadas erróneamente antes de llegar al Hospital, habiéndose permitido en el caso de mentón anterior que la parte presentante permaneciera por muy largo tiempo en el periné, falleciendo la criatura por asfixia. Y en el caso de mentón posterior creemos que la muerte se debió, única y exclusivamente a el traumatismo causado por aquella doble aplicación del forceps, cuyo proceder es el más erróneo que imaginarse puede a menos que el feto fuese tan pequeño, y la pelvis tan grande, que permitiera el paso a un mismo tiempo por su estrecho superior de los diámetros trachelo-bregmáticos y dorso-external del niño, o que, usásemos el forceps como rotador de la cabeza para traer el mentón hacia adelante, aplicación del instrumento que según el profesor Davis y otros es muy censurable.

Es nuestra opinión que la muerte de esos dos niños hubiera podido evitarse, en el primero, por una fácil aplicación de forceps hecha a su debido tiempo, y en el segundo, por una versión como la que más luego practicamos nosotros aunque ya muy tarde; es decir, la vida del uno hubiera podido salvarse justamente con el mismo instrumento que causó la muerte del otro.

Tratamiento.—Según hemos podido leer en "De Lee" obra de obstetricia muy moderna, ya en el año 100, Moschion recomendaba que todas las presentaciones de cara deberían cambiarse en occipitales. Mauriceau en 1663 y De la Motte en 1712, enseñaban lo mismo. Paul Portal en 1685 y Delourye en 1770, tomaron una línea opuesta de conducta y las dejaban a la naturaleza. Pero Baudelocque en 1810 y más recientemente Hodge y Schatz recomendaban una inmediata intervención, y dice De Lee que su enseñanza se hace aún sentir, a pesar de los esfuerzos de los modernos tocólogos que la critican y rechazan con persistencia y se declaran en favor del tratamiento de dichos casos por una expectación cuidadosa.

Sin embargo, De Lee, aún cuando no se decide en favor de la intervención sistemática en todos los casos, es de opinión que en muchos de ellos, cuando han sido diferenciados cuidadosamente, una intervención temprana redundaría en beneficio de la madre y del niño.

Williams, opina que aún en las presentaciones con mentón posterior debemos recordar, que la rotación interna no ocurre muchas veces hasta que la cara comienza a distender el periné y que con frecuencia, se verifica cuando el tocólogo ha abandonado ya toda esperanza de que se lleve a cabo.

En nuestros dos casos, creemos que hubiera sido inútil esperar por más tiempo porque ambas madres estaban ya agotadas y los mentones se encontraban en la concavidad del sacro.

Es indudable que el tratamiento ha de variar con el grado de adelanto del parto, encajamiento de la cabeza y según se encuentre el mentón dirigido anterior o posteriormente al diámetro transverso de la pelvis, pero, de todos modos creemos que tan pronto como llega el comadrón a la conclusión de que se trata de una presentación de cara, él no deberá abandonar el caso si ha comenzado el parto, sino por el contrario, deberá permanecer a su lado en una actitud de cuidadosa expectación, y dispuesto a intervenir tan pronto como lo requieran las necesidades del caso.

Si descubriésemos la presentación de cara antes que el parto haya comenzado, quizás fuese posible cambiarla en presentación de vértice por medio de la maniobra de Schatz. Si el parto ha avanzado algo aún cuando la cabeza no hubiese encajado, y el mentón está dirigido hacia el cuadrante anterior de la pelvis, el tratamiento debe ser puramente expectante conservando las fuerzas de la madre y la bolsa de las aguas intactas, y aconsejando

a la enferma acostarse del lado hacia donde está dirigido el mentón, para favorecer su rotación anterior.

Por el contrario, cuando el mentón está dirigido posteriormente al diámetro transverso recomienda De Lee una actitud más activa en beneficio de la madre y del niño y dice, que si la cabeza permanece alta sin encajar, con el mentón posterior y a pesar de los dolores ser fuertes, la presentación debe cambiarse en una de occipito anterior o hacer una versión podálica. Las opiniones se encuentran divididas, en cuanto al procedimiento a seguir, y así tenemos que Baudelocque, Schatz, Hodge, Thorne y De Lee prefieren la corrección manual de cara a vértice, mientras que Bumm Edgard y otros se deciden por la versión podálica y la extracción del feto, procedimiento que creemos más recomendable porque acorta el parto y disminuye por lo tanto los sufrimientos de la madre.

Cuando el parto ha progresado ya tanto que la cabeza se encuentra encajada en el estrecho superior con el mentón anterior y ni la madre ni el feto dan indicaciones de urgencia alguna, podremos esperar por la expulsión expontánea del niño, pero si la parturienta empieza a agotarse, los dolores se apaciguan y el feto da muestras de algún peligro para su vida, es indiscutible que una inmediata aplicación de forceps será el procedimiento más recomendable. Ahora bien, si el mentón está posterior al diámetro transverso, o ha alcanzado ya la concavidad del sacro, la gravedad del caso es inminente, y la pérdida del niño casi segura, a menos que las condiciones de la madre y del feto justificasen una operación cesárea; pero si ésta no es recomendable, los únicos procedimientos a seguir serían, primero, desencajar la cabeza a ser posible, y convertir la presentación de cara mento-posterior en occipito anterior. Segundo, tratar de hacer la rotación del mentón hacia el pubis por medio de manipulaciones manuales y quizás con el uso del Vectis recomendado por Hodge, pero bajo ningún concepto empleando la maniobra original de Scanzoni que ha sido casi universalmente condenada, hasta tal punto que Von Braun dice, que el empleo del forceps como rotador significa la muerte de la madre y del niño; opuesta a esta manifestación está, sinembargo, la de Edgard que dice haberle usado varias veces y con éxito, para hacer la rotación. Tercero, Davis se decide en estos casos, por la versión podálica y la extracción, siempre y cuando sea posible desencajar la cabeza lo suficiente para introducir la mano y practicar la versión: igualmente ha recomendado esta autoridad aún cuando no la ha practicado nunca

la sinfisiotomia. Cuarto, nos queda como último recurso y solo cuando los anteriores procedimientos hayan sido inaplicables unos, e infructuosos otros, el decidirnos por una craneotomia o embriotomia, según sea más fácil una u otra.

En nuestros dos casos de mentón posterior tratamos infructuosamente la rotación manual del mentón, y no probamos hacer la conversión de la presentación de cara en vértice porque ella, aún después de efectuada, significaría o un parto expontáneo o una aplicación de forceps alta para terminar el parto, ambos procedimientos largos y penosos para nuestras enfermas que estaban ya agotadas. La cesárea estaba fuera de discusión en el caso del niño vivo, porque la madre había sido examinada por persona cuya asepcia no podía ofrecernos confianza. Por estos motivos nos decidimos por la versión podálica, procedimiento que practicado con circunspección, debe a nuestro juicio preferirse siempre que sea practicable a causa de su rapidez y de las ventajas que ofrece al niño.

Para concluir deseo hacer notar, la necesidad de llegar a un correcto diagnóstico en los casos de partos antes de proceder a una intervención de cualquier género que ella sea, y hemos de convenir, que aplicar un forceps a la parte presentante sin ocuparse de su tamaño en relación con el canal parturiento, sin tomar en consideración la posición y presentación de aquella, sin notar cuidadosamente el grado de dilatación o dilatabilidad del cuello uterino, y tirar sin tino ni medida del aquel instrumento salvador cuando se usa inteligentemente, es convertido en un instrumento de tortura y de destrucción, y es sn suma, olvidar los principios más elementales de la obstetricia. Recordemos siempre ante todo que si bien el forceps obstétrico hábilmente manejado ha sido y será una bendición para la profesión y para la humanidad, en cambio en manos inexpertas ha sido y será el responsable de verdaderas catástrofes, como lo fué en el caso No. 2 de nuestra serie.

VESICULITIS OF NON-GONORRHOEAL ORIGIN. *

By W. R. GLINES, M. D.

During my medical work in Panama and Porto Rico, I have had a number of cases of vesiculitis and orchitis whose etiology and symptomatology have been entirely different from those caused by the gonococcus.

During the past two years I have treated them practically the same way and with very favorable results. This paper is based on eight cases, of which five men were unmarried and three married. The ages varied from twenty-eight to forty-three years. All were Americans and all were employed in office work with practically no out-of-door exercise. I will give one case history as it is fairly typical of all.

J. H., American 38 years of age, in tropics six years, has been married twelve years, claims to have had no venereal diseases; two children, past history negative except for chronic constipation.

Present condition. About four months ago noticed a small nodule in the left testicle. This disappeared and recurred several times. Later he noticed some discomfort in the rectum, especially after ejaculation. Emissions were not complete. At times there would be a slight mucoid discharge.

Physical examination. The prostate was slightly enlarged and tender. The left seminal vesicle was indurated and very painful to pressure. Through the urethroscope the veru montanum was reddened and showed a low grade inflammation. Blood negative for Wassermann tests and all tests for gonococci negative including complement fixation test.

The vesicle and prostate were massaged and a specimen obtained through urethral tube. Cultures were made and reported nearly pure Colon Bacillus.

Treatment. The constipation was corrected and out-of-door exercise insisted upon. The seminal vesicles and prostate were massaged twice a week and once a week the veru montanum was touched with silver nitrate. Injections of Colon Bacillus vaccine were given twice a week.

In two months the symptoms disappeared and after one year there has been no recurrence.

As I said, this case is typical of all. There were six recoveries, one improvement, and one case that did not improve. In that case I suspect malignancy.

(*) Read before The Northen Medical Society at the meeting held on September 9th, 1915.

To conclude:

There exists a form of vesiculitis which is not of a gonorrhoeal nature. This has great importance, it seems to me, in the medical legal sense as applied to marital relations. The organism which seems to be most in evidence in these cases is the Colon Bacillus.

These cases are most frequently seen among in-door workers. All of these eight cases suffered from marked constipation.

The most successful treatment seems to me to be obtained by massage of the infected vesicles, topical application to the veru montanum, and injections of a vaccine of Colon Bacillus.

The applications to the posterior urethra should be made through the urethroscope and the patient given a urinary antiseptic for two days after each treatment.

Most important of all is to correct the constipation and insist on out-of-door exercise.

PATOLOGIA TROPICAL

Contribución al estudio de la fisonomía clínica, clasificación y sinonimia de las leishemaniosis en la América del Sud. (1)

DR. ALFREDO A. DA MATTA,

Profesor de la Universidad de Manaos (Brasil)
Médico de los Hospitales.
Miembro de la Sociedad de Medicina e Higiene Tropical de París.

(Colaboración Directa)

Las leishemaniosis, pueden ser reunidas en grupos de acuerdo con los casos clínicos. Recuerdo, desde luego, que el Dr. Rebello, de Río Janeiro, ha propuesto la denominación de "leishemaniosis

---

(1) Versión española del portugués de Víctor Delfino. M. S. A.—S. M. P. Asociado extranjero de la Real Sociedad Italiana de Higiene.

tegumentaria'' para las formas cutánea y mucosa; y últimamente, Laverán, de París, (2) las reunió a todas ellas en tres grupos así diferenciados: en el primero el kalaazar o leishemaniosis sanguínea; en el segundo, las ''leishemaniosis cutáneas que serían en el Africa el ''Botón de Oriente'' y en América la ''Buba o Espundia''; y en el tercero y último grupo, la ''leishemaniosis esplénica o kala-azar infantil''.

El segundo grupo de Laverán merece una advertencia. El llamado Botón de Oriente, existe en las Américas; en el Brasi han sido registrados por varios médicos, casos autóctonos, y en Panamá por Darling. Cuanto a la sinonimia Buba o Espundia, ellas se aplican en el Brasil, Bolivia y Perú, a dos enfermedades muy diferentes; por cuanto ésta es una leishemaniosis y aquélla una espiroquetosis, correspondiendo al ''Pian'' de los franceses, ''frambuesiae'' de los alemanes y ''yaws'' de los ingleses. ''**Buba**'' es una palabra empleada por los brasileños para designar esta enfermedad desde 1613. Por consiguiente debe ser rayada del papel de las sinonimias de las leishemaniosis, evitando así la repetición del engaño de Breda (de Pádua), que denominó a la leishemaniosis, cuando le estudió clínicamente; ''boubba brasileña''.

Explicado este punto, procederé al esbozo de las manifestaciones clínicas de las leishemaniosis, citando todavía, para mayor claridad, del presente trabajo, las que aún no han sido verificadas en América.

Así, la ''leishemoniasis nilótica'', responsable de los nódulos de Leishemann, en Egipto, presentando la forma cutánea, caracterizada por tumores no susceptibles de recaídas, cuando se practica la exeresis. Todavía no han sido bien estudiados habiendo sido encontrada la leishemania por Thompson y Balfour, en tumores semejando quilóides, y no ulcerados. El Botón de Oriente, ocasionado por la L. forunculosa, existe entre nosotros; Juliano Moreira lo verificó en Bahia y yo le tengo observado en el Amazonas. En cualquier parte del cuerpo, principalmente en las regiones expuestas, aparecen muy pequeños puntitos, en los cuales la comezón se hace intensa, y a veces insoportable. Allí se alteran los tejidos, resultando en seguida pápulas, cuyo tamaño va aumentando gradualmente. Cesa entonces el prurito y la pápula experimenta el proceso ulcerativo. Cada úlcera se reviste de una costra,

(2) Citado en ''Le Monde Medical'', núm. 516, pág. 410. París.

de variable espesor y que muchas veces persiste acompañando a la úlcera en el proceso de ataque e invasión de los tejidos sanos. En la periferia de esta úlcera, de 4 y 5 y más centímetros de diámetros, se nota cierta zona siempre congestionada e inflada.

Tal proceso dura meses y hasta años; cierto día manifiéstase la iniciación de cierta fase de espontánea recomposición, de donde la denominación de Botón de un año. La costra se despega gradualmente; aparecen botones carnosos; la cicatrización comienza y se completa; y en el sitio de la úlcera, consecuencia del Botón del Oriente, persistirá indeleble el tejido cicatricial. Un enfermo en tales condiciones goza de inmunidades.

Esta leishemaniosis exclusivamente cutánea, o atacando zonas restringidas, es de pronóstico benigno, y se caracteriza por su marcha cíclica; esto es prurito en el punto inicial, formación de botón, al que sigue el proceso ulcerativo y, por último, la cicatrización.

La "L. brasilensis", se manifiesta por leishemaniosis cutáneas y cutáneo-mucosas. La forma cutánea no ulcerada, revístese de un aspecto, en verdad característico; los habitantes del interior del Amazonas, la llaman "esponja", por la semejanza existente con la enfermedad del mismo nombre y que ataca al ganado mular y caballar. Esta leishemoniasis tiene el aspecto papilomatoso, en proceso falto e ininterrumpido de neo-formación. La superficie, en general, de coloración rosada, es rugosa y aseméjase a la coliflor. Ese tejido, tanto más exuberante cuanto más antiguo, es siempre más alto que las regiones circunvecinas no atacadas, trasuda perennemente su líquido purulento, icoroso, que alcanzando e impregnando cualquier solución de continuidad de la piel, la infecta, resultando de ello una nueva "esponja".

El tejido papilomatoso, en evolución adelantada, permanece revestido por una costra de variable espesor y a veces apreciable y que no es otra cosa que el propio líquido icoroso, cuya pequeña porción líquida, fué evaporada o se escurrió. El examen de estas leishemaniosis, a veces es imposible por el intolerable olor que desprenden.

Otro síntoma importante, es la facilidad de las hemorragias, hasta en los pequeños puntos de donde fueron sacados los tejidos para la preparación de los "frottis". Son de grave pronóstico, durando diez, quince o más años, sin proceso regresivo ni ulcerado. Carlos Chagas, encontró en ellas la "leishmania". (1)

(1) G. Goncalvez Cruz. Relata as condicoes sanitarias de Valle de Amazonas. Jornal do Comercio do Rio de Janeiro, 1913.

Otra modalidad clínica, debida a la misma "L. Brasiliensis", es ulcerosa por excelencia. Existe en diversos puntos de la América del Sud, tales como el Paraguay y Bolivia, Venezuela y el Brasil y la Guayana Francesa.

En el Brasil, los primeros casos fueron identificados en San Pablo, por Lindenberg. (1), Carini y Paranhos (2); verificados en un enfermo del Amazonas por C. Ráo (3); en Manáos, por Alfredo da Matta (4); en Bahía, por Pirajá de Silva (5). De pronóstico delicado, ella inutiliza para el trabajo numerosas personas fuertes y robustas, tales como los casos observados por Carlos Chagas, en el Amazonas (6), en 1913.

La forma ulcerosa, empieza por la comezón en determinados puntos, de donde irrumpe en seguida un eritema pápulo-pruriginoso. Dos a cinco días después, se forman vesículas aisladas o no, alcanzando hasta una altura de 3 milímetros, llenas de pus, y de un tamaño que varía desde la cabeza de un alfiler, hasta la de un pequeño mijo. Rota la vesícula se escurre de ella el suero purulento glutinoso, amarillo pálido, poniendo casi siempre al descubierto, el fondo de una pequeña herida, levemente obscuro y de borde edematoso, congestionado y bermejo. Desaparece entonces el prurito y empieza la faz ulcerativa. El contagio se produce fácilmente por el pus, cuando se pone en contacto con cualquier solución de continuidad de la piel, en el propio enfermo o en una persona sana, en particular en las proximidades de algunos órganos linfáticos, donde la infección parece establecerse con más rapidez. Constituida la úlcera, aumenta sus dimensiones de manera fácil y sensible, exudando siempre un líquido icoroso. En plena evolución y retirado el pus, queda por completo descubierta la úlcera roja y sangrienta, de fondo lleno de gránulos, bordes elevados, salientes semejando la forma lardácea húmeda.

Otras veces, la úlcera que siempre cubierta por espesa costra, y retenido entre ésta y aquélla, cierta cantidad de pus, de fetidez increible.

En tales condiciones y retirada la costra, destácase la úlcera,

---

(1) Revista Médica de San Paulo, Pág. 116, 1909.
(2) " " " " 3, 1909.
(3) " " " " 165, 1910.
(4) " " " " 440, 1910.
(5) " " " " 257, 1912.
(6) Relatorio Citado.

sensiblemente excavada y de bordes levantados. Es la misma forma lardácea citada, e impropiamente llamada, en mi opnión, leishemaniosis seca.

Pienso que allí la destrucción de los tejidos se hace tan intensa por la existencia permanente de ese líquido icoroso, entre la costra y la úlcera, entreteniendo así un gravísimo proceso toxi-infeccioso. tanto más perjudicial por pensar el paciente que la costra denuncia un comienzo de cicatrización, e ilusionado, la conserva siempre. No siendo retirada, serán innocuos todos los tratamientos tópicos y grandemente perjudicado el aseo diario. He visto esas leishemaniosis en cualquier región del tegumento externo. Carini las verificó hasta en los órganos genitales del hombre.

Cuéntanse rarísimos casos de curación espontánea; las cicatrices son grandes e indelebles.

Los pasamaneros del Amazonas, las llaman por lo rebeldes que son a los tratamientos populars, "ferida brava" (herida brava), sinonimia ésta que también se aplica a todas las úlceras fagedénicas de la región. Contagiosas por excelencia, tuve un caso de leishemaniosis que consideré típico, por presentar el enfermo 51 úlceras en sus variadas y diversas fases, esto es, desde la faz inicial, irritación, prurito, pápula, hasta la ulceración en sus diversas graduaciones, culminadas por su fastigio pleno, y luego, el proceso de recomposición, por último la cicatriz y la cura definitiva, finalmente. Hecho curioso en ese enfermo y que ocasiona reflexiones, fué el haber sido atormentado durante cingo largos años por las úlceras leishemaniósicas, sin producirse ninguna manifestación en las mucosas y sus cavidades. Y, en el entretanto, cortador de maderas en las selvas, e ignorante, el paciente se limpiaba las fosas nasales y la boca con las manos y los dedos que habían estado en contacto con las pápulas y úlceras leishemaniósicas.

Trataré ahora de las leishemaniosis de las cavidades, y debidas todavía a la "L. Brasiliensis".

Localizadas en las fosas nasales, en la boca, en la faringe, en la vagina, tienen una marcha muy distinta y a veces singular. He tenido enfermos de renitis, rino-faringitis, rino-buco-faringitis, molidades clínicas que considero las más comunes. Las de los órganos genitales son raras; registro tan sólo un caso de vulvo-vaginitis, ocurrido en mi clínica. Las leishemaniosis cavitarias, denominadas por mi "cancerosas" como las otras formas citadas, fueron estudiadas en el Brasil, por Bueno Miranda, Carini, Lindemberg, Splendore, Rebello, Terra, Vianna, Horta, S. Araujo Filho, Chagas, Pedroso,

Pirajá, y otros. En Bolivia, Perú y Paraguay y en la Guayana Francesa, se encuentran Sagárnaga (1), Ed. Escomel (2) (en cuyo honor Laverán y Nottan-Larrier, llamaron a las formas cavitarias "cáncer espúndico de Escomel), Vélez (3), Strong, Tyzzer, Brues, Sellards, Gastiaburu (4), Reballioti (5), Mignone (6), Flu, para citar algunos. Puédese concluir citando todos esos nombres, que tan importante asunto de patología sud-americana despertó y continúa despertando el interés de numerosos científicos.

Las leishemaniosis de las cavidades, son siempre cutáneo mucosas, de marcha invasora característica, terrible, cancerosa. Comienzan de ordinario por un pequeño endurecimiento o intumescencia de la mucosa, generalmente de la nariz, acompañada de impertinente prurito, resultando inflamación y secreción en mayor cantidad. Aparecen, 6, 8 o 10 días después casi insensiblemente minúsculas heridas, numerosas o no, o pequeños gránulos o aún la mucosa fuertemente infiltrada y edemaciada. La forma gránulo-ulcerosa, es más común, invadiendo en breve término toda la mucosa, como ocurre en las rinitis en que está fuertemente atacada en algunos puntos, simulando el moco nasal.

Secreción y mucosidades no son totalmente expelidas; la absorción de aquélla, poco a poco va produciéndose, e "ipso facto", el contagio e infección de las zonas vecinas, al paso que las pequeñas cantidades que se escurren hacia fuera, van a contaminar el labio superior y en la cavidad bucal. Queda, por consiguiente, cerrada la cadena de la infección: nariz, labio, boca y faringe.

En la infección de la naso-faringe el paladar duro y blando, son casi siempre invadidos: la mucosa edemaciada en ciertos lugares y grandemente atacada por el proceso leishemaniótico de neo-formación, manifestando el corto plazo el proceso muriforme en unos puntos y en otros granuloso. Esos tejidos presentan con-

---

(1) El nuevo concepto de Espundia. Revista Médica, núm. 101, 102. La Paz, 1913.

(2) La Espundia. Bulle. Soc. Patho. Exot. Pág. 489, 1911.

(3) Uta é Espundia, sin Bull, citado, pág. 545, 1913.

(4) Verruga peruana. Oroya fever and Uta. Journal of the American Médical Associa. pág. 1793, 1913.

(5) Etiología de Uta. La Crónica Médica. Perú, Junio 1914.

(6) La Buba de Paraguay, leishemaniosis américaine, in Bull. Citado, pág. 210, 1913.

figuraciones variables. Aquí muy exhuberantes, proliferan demasiado, acullá la leishemaniosis afectó poco, localizándose más hacia delante, de donde la existencia de verdaderas diferencias, al nivel del paladar, de surcos bastantes sensibles.

La marcha invasora de las leishemaniosis, pertinaz y lenta, va siendo evidenciada por complicaciones serias. Las fosas nasales se vuelven insuficientes para la entrada del aire y los cambios respiratorios y el enfermo permanece con la boca entreabierta y así deja escurrir, continuamente la saliva y las mucosidades, resultantes del proceso patogénico. En plazo más o menos largo, sobreviene complicaciones de los órganos de la olfación, de la audición, de la fonación, hasta de los de la visión.

Las más frecuentes, prodúcense en la boca, la rino-faringe, y en el aparato tubo-timpánico.

No son raras la pérdida temporal del olfato, las alteraciones de la voz, con sensible modificación de timbre, hasta la afonía. Surjen después las alteraciones digestivas o sean, las gastritis, enteritis, enterocolitis, ocasionadas por la ingestión del líquido icoroso de la leishemaniosis, conjuntamente de la saliva y con los alimentos.

Señal digna de ser registrada y que no es tan rara como la juzgan los diversos autores, es la turgescencia y el aumento de volumen de los ganglios linfáticos en las regiones atacadas por la leishemaniosis, generalmente en la primera faz de la infección. Tal no sea más que una simple reacción del organismo, o muy probablemente la manifestación del mecanismo de la propagación de la "leishmania" por vía linfática.

Hecho clínico importantísimo para el diagnóstico diferencial: las leishemaniosis no causan daño o mucho ménos destruyen los huesos de la nariz. En los casos terminados por la curación, se cita la destrucción de las alas de la nariz, y la del septum; los huesos consérvanse íntegros. Enfermo, que presentara los huesos de la nariz afectados; y las glotitis recuerdan inmediatamente la causa etiológica "Treponema pallidula Schaud", o entonces existe evolución concomitante de la sífilis y de la leishemaniosis. Esta, aisladamente no; lo comprueban ciento tres observaciones mías.

Otro síntoma diferencial de valor: la úlcera de los labios o en los bordes de las narinas, que aflora en las mucosas pero que, sin embargo, no las invade ni las ataca, es úlcera bubática, es caso de Buba (Pian), cuyo responsable es el "T. pertenusi" Castell.

Las leishemaniosis viscerales de Laverán, o sanguíneas, como también las llamó, no fueron todavía, me parece, observadas en la

América del Sud; entre tanto, harán parte del cuadro que sigue, visto el unicismo etiológico de todas ellas, aunque mucho sea, sin embargo, el polimorfismo de sus manifestaciones clínicas.

De este resumen, reputo más razonable en el terreno de la medicina práctica, la división de las leishemaniosis en dos grandes grupos: tegumental y visceral. Al primero, pertenecerán las formas cutáneas, cutáneo-mucosa y de las cavidades, y al segundo, las formas viscerales de Laverán. De las sinonimias, excluiré las siguientes: Buba brasileña, Bouba o Buba brasiliana, Enfermedad de Breda, Franbuesia brasiliana, y Buba del Paraguay, impropiamente empleadas y que motivan confusiones (Vide: Bouba e Leishemaniosis sao doencas distinctas. Syncnimias das Leishemaniosis na América do Sul, particularmente no Brasil; del autor).

El esquema siguiente representará la mejor fisonomía clínica y la clasificación de las leishemaniosis con sus sinonimias en la América del Sur.

LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIAS	Cutáneas	No ulcerosas	Nódulos de Leishman	Leishmania nilótica. Brumpt, 1913.
			Esponga. Herida esponjosa. Grandes regiones atacadas; exhuberancia de teiidos de neo-formación. Dura 5, 10 y 20 años. Grave pronóstico. Frecuente en el Amazonas Brasil.	Leishmania brasiliensis. Gaspar Vianna, 1911.
		Ulcerosas	Botón de Oriente, etc. (Caracterizado por marcha cíclica; Botón, ulceración, cicatrización.	L. forunculosa. Firth, 1891. Sporozoa forunculosa; Helcosoma tropica. Helcosoma tropica. Wrigth, 1903. Ovoplasma orientale. Martenowaky y Bogrow, 1904.)
			Ulcera de Avanhandava. Ulcera de Baurú. Ulcera de Noroeste. Ulcera de Bahía. Botón de Bahía. Ulcera de Amazonas y Ferida Brava (pro parte), en el Brasil; Espundia, Uta. Kjapa. Tiacarana, Llaga, Ulcera de Tobla, en Bolivia, Perú, Colombia; Pian-bois (pro parte en la Guayana Francesa.	L. brasiliensis. Gaspar Vianna, (L. forunculosa); L. tropica, var americana, Laverán y Nattan-Larrier.
	Cutáneo Mucosas		Chancro espúndio de Escomel (Laverán y Nattan-Larrier); Leishmaniosis cavitaria, Leishmaniosis cancerosa (Alfredo da Matta), Gallico, Chancro fagedénico.	L. brasiliensis. Gaspar Vianna, 1911.
	Viscerales		Kala-azar Leishmaniosis tropical, Fiebre dum-dum, Esplenomegalia tropical.	L. Donovani. Laverán y Mesnil, 1903.
			Esplenomegalia infantil, Leishmaniosis, esplénica, Kala-azar infantil, Anemia Esplenomegálica.	L. infantum. Ch. Nicolle, 1908.

TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LAS FORMAS MALIGNAS DE MALARIA.

C. C. BASS, M. D.

Profesor de Medicina Experimental y Tropical en la Universidad de Tulane de Lusiana, Escuela de Medicina. New Orleans.

Por formas malignas de malaria entiendo aquellos casos de malaria que resultan fatales, aquellos que terminan fatalmente sin un tratamiento adecuado, y aquellos que son suficientemente graves para poner de un modo inmediato en peligro la vida del paciente. El tratamiento específico de estas o de cualquier otra forma de malaria es la quinina.

No existe ningún otro remedio específico para la malaria.

Prácticamente todos los casos de malaria maligna son debidos al plasmodium estivo autonal (P. Falciparun).

Este parásito pasa como las tres cuartas partes de su vida cíclica alojado en los capilares, y sólo como una cuarta parte en la sangre circulante. El verdadero hecho de que permanezca durante tan largo período de su vida en los capilares, le permite producir las formas graves de malaria. Parece enteramente posible que el obstáculo que encuentra la corriente de sangre a través de los capilares de órganos vitales, por el gran número de plasmodios alojados en ellos, pueda ser la fuente principal de los síntomas que nos llevan a clasificar un caso como de malaria perniciosa. Por ejemplo, casi todos los pacientes tienen coma por un período más o ménos largo antes de la muerte. El coma es quizá el síntoma más cierto que indica una forma maligna de la enfermedad. El coma en la malaria se debe a la anemia del cerebro resultante del gran número de capilares obstruidos por los plasmodios de la malaria.

La quinina en la sangre no alcanza a los plasmodios alojados en los capilares. Si está en concentración suficiente, sin embargo, mata a los que circulan por la sangre. Los plasmodios alojados en los capilares pasan a la sangre circulante después que se segmentan y entonces están expuestos a la acción de la quinina que contenga

---

(*) Leído ante la Sección de Medicina Práctica en la Sextajésima sexta sesión de la Asociación Médica Americana, en San Francisco, Junio de 1915.

la sangre a la sazón. Puesto que en la malaria estivo-autonal hay contínua segmentación, cada parásito segmentándose independientemente de los otros y hay contínua aparición de plasmodios jóvenes en la corriente sanguínea, es necesario mantener una concentración suficiente de la quinina en la sangre para matarlos a medida que aparecen en ella. Cuando se introduce una dosis de quinina directamente en la sangre se la encuentra en la orina pocos minutos después. Muchas personas eliminan más del 50 por ciento en doce horas, y prácticamente toda en veinte y cuatro; así, pues, se ve que con con el fin de tener suficiente quinina en la sangre en todo momento para destruir los plasmodios que puedan aparecer, lo que sucederá por un período a lo menos de treinta y seis horas, es necesario administrarla en períodos sucesivos de unas pocas horas durante este lapso de tiempo.

Hay tres métodos de administración que considerar: por la boca, hipodérmica o intrasmuscular, e intravenosa.

La administración por la boca en la malaria maligna es por lo común imposible a causa de la condición del paciente, o si se la pueden administrar es frecuentemente vomitada; pero aún retenida, la absorción en estos casos es lenta e incierta. Se necesitan muchas horas antes de que la quinina llegue a lo corriente sanguínea en donde se desean sus efectos. Más de un paciente muere con bastante quinina en su estómago para haber salvado su vida, si le hubiese administrado debidamente.

El otro medio es la introducción en los tejidos por medio de la jeringuilla hipodérmica. Estamos acostumbrados a estimar el método hipodérmico como un medio rápido de hacer llegar las drogas a la corriente sanguínea. Así sucede con muchas drogas, pero no con sustancias como la quinina que causan daños locales graves y frecuentemente necrosis de los tejidos.

La forma menos irritante de quinina—el bimuriato con urea—producirá necrosis del tejido si se introduce en concentración suficiente. Si más diluida, sólo produce inflamación. Está ménos sujeto a producir necrosis cuando se inyecta en el tejido muscular, que cuando es inyectada dentro del tejido areolar suelto. El grado de absorción varía con la dilución empleada, y el tejido en el cual es inyectada, del mismo modo, quizás, que según diferencias individuales. Algunas veces una parte de ella llega a la corriente sanguínea en pocos minutos, pero a lo mejor se necesitan muchas horas antes de que toda la dósis inyectada esté en la sangre. En un caso de una severa inflamación local, pueden pasarse muchas horas o

días antes de que se absorva la quinina, o en casos de necrosis nunca será absorvida. Muchos pacientes han muerto de malaria con más que suficiente dósis de quinina en sus tejidos para haber salvado su vida, si le hubiera sido propiamente administrada.

Siempre que la quinina es administrada por el método intravenoso, llega en el acto a la sangre circulante en donde se la necesita, y el bien que pueda realizarse por el tratamiento específico empieza en seguida a obtenerse. Toda vez que en los casos malignos de malaria, la vida del paciente depende de que llegue con rapidez la quinina a la corriente sanguínea, no hay otro método que considerar. El método intravenoso de administrar la quinina y las dósis son importantes. Yo no creo que sea necesario nunca exceder de 30 granos de quinina (hidroclorato) durante 24 horas; cuando se emplea el método intravenoso, ni creo que sea necesario administrar más de 10 granos de una vez. Grandes dósis intravenosas de quinina producen a menudo considerable choque, vértigos, náuseas, etc., y una dósis de 50 granos ha producido la muerte en varias ocasiones. Una gran equivocación hecha a menudo en el tratamiento de los casos más urgentes de malaria es la introdución de grandes y peligrosas dósis de quinina que se repiten a frecuentes intérvalos hasta que el paciente muere. Yo he sabido de algunos casos en los cuales se habían administrado 100 granos o más de quinina en las últimas 24 o 36 horas antes de la muerte. Usualmente, este tratamiento destructivo se continúa porque el paciente sigue peor. Los síntomas atribuidos a una continua reproducción de los plasmodios de la malaria son por lo común debidos a la quinina. El examen de la sangre de tales pacientes generalmente demuestra pocos plasmodios de malaria y muchos de ellos muertos o muriendo. La necropsia no revela suficiente número de plasmodios para causar la muerte.

En otras palabras la causa de la muerte fué un envenenamiento químico y no la malaria.

En vista de estos hechos e ideas, si son correctos, la cantidad de quinina dada, nunca debe aproximarse a la dósis letal. Se pueden evitar peligros ulteriores administrándola en varias dósis pequeñas no excediendo de 10 granos cada una. 10 granos de quinina (hidroclorato) dados por el método intravenoso cada 8 horas, matarán los plasmodios en la corriente sanguínea y prevendrán su reproducción con tanta certeza como cualquiera otra mayor cantidad y no pondrá en peligro la vida del paciente. Es cierto que no llega a los plasmodios alojados en los capilares hasta que

ellos se segmentan y sus merocitos aparecen en la corriente sanguínea.

Teóricamente, la inhalación de nitrito de amilo tendería a dislocar de los capilares los plasmodios, y si se hace ésto después que la quinina ha sido introducida en la sangre, expondría a muchos de ellos a la acción de la quinina, lo que de otro modo no sucedería.

En los casos más malignos de malaria la cantidad total de masa de plasmodios de malaria producida durante un sinmple ciclo de vida del parásito, es enorme. El volumen de un parásito estivo-autonal maduro es casi el de una célula roja de sangre. Tomando esto como base, podemos calcular aproximadamente el volumen total que podría producirse en el cuerpo de un paciente durante el ciclo de vida de un plasmodio. Es común encontrar en tales casos al menos una célula roja de sangre por cada cinco, conteniendo uno o más plasmodios. Si aceptamos que un hombre tiene 6,000 Cc. de sangre, la mitad de la cual o 3,000 Cc. son células rojas de sangre, se encontrará que se pueden producir 600 Cc. o sea más de una pinta de plasmodios de malaria. Es extraño, pero no obstante cierto, que los pacientes a menudo se restablecen cuando se les administra un tratamiento adecuado a pesar de esta enorme cantidad de proteina extraña, en su corriente sanguínea.

¿No sería esto debido al hecho de que el protoplasma del parásito es de una toxisidad muy baja?

Tan pronto como un caso de malaria maligna ha pasado de un ataque severo, entonces, desde luego, el tratamiento no es diferente del de otros casos de malaria y no será discutido aquí.

La hemoglobinuria malárica puede ser discutida brevemente bajo el título de esta memoria. En la hemoglobinuria dependiente de la malaria algo ocurre que causa la hemolisis de las células del paciente. Las células que contienen plasmodios, así dañadas, son afectadas con más certeza y más extensamente que las células normales. Como resultado ellas son hemolisadas, dejando los plasmodios que contenían expuestos en el plasma, el que prontamente los destruye. El único objeto de dar quinina en la malaria es la destrucción de los plasmodios y si muchos de estos o todos han desaparecido, cual en el caso en la hemoglobinuria, no hay indicación para la quinina. Existe una cierta contraindicación, en cambio, porque la quinina tiende a aumentar la hemoglobinuria o a precipitar ataques en individuos, por otra parte susceptibles.

SUMARIO:

El tratamiento específico propio de la malaria maligna perniciosa es la quinina administrada por la vía intravenosa.

La dósis no debe exceder nunca de 10 granos del hidroclorato.

La cantidad total dada no deberá exceder nunca de 30 granos durante 24 horas. La hemoglobinuria malárica no requiere quinina. La quinina es perjudicial en la mayor parte de los casos de hemoglobinuria.

RECIENTES EXPERIENCIAS EN ORIENTE CON EL ACEITE DE CHENOPODIUM COMO REMEDIO CONTRA LA UNCINARIA Y OTROS PARASITOS INTESTINALES.

VICTOR G. HEISTER, M.D., Washington, D. C.

Debido a los trastornos causados por la guerra, el timol, el remedio más generalmente usado en la uncinaria, ha escaseado, y es dificultoso y caro el conseguirlo. Muchos médicos empezaron a usar el aceite de Chenopodium, contra el cual ha habido mucha objeción hasta ahora, debido a que se alega que con frecuencia tiende a producir efectos perjudiciales y aún la muerte. Nefritis graves han sido referidas por algunos observadores, así como parálisis del sistema nervioso central por otros. Poco después del otoño de 1916 empezó el uso del aceite, y se achacaron al Chenopodium algunos casos de muerte. Si estas muertes fueron ciertas o equivocadamente debidas al Chenopodium, no se ha dejado en claro probablemente de una manera definida. En Oriente el aceite de Chenopodium ha sido abundantemente empleado contra la uncinaria y otros parásitos intestinales, y puede por lo tanto ser de interés hacer un breve relato de las experiencias en aquella parte del mundo.

El Dr. R. D. Keith, dean de la Escuela Médica de Singapore y médico visitante de los hospitales, General y Tan Tock Sering de Singapore, afirma que han tratado sobre 1,000 casos de uncinaria con el aceite Chenopodium sin un simple mal resultado. El considera la droga muy superior al timol, encaliptus o beta-naftol y asegura que la uncinaria es más completamente eliminada; sólo rara vez se encuentran algunos huevos en el más cuidadoso examen, microscópico de tres muestras recogidas tres días después que el

tratamiento se ha completado. El Dr. permite al paciente sólo una ligera comida; no le da desayuno, y le administra 10 mínimas de aceite de Chenopodium, con preferencia en una cápsula. El tratamiento lo administra durante tres días por la mañana. La última dósis es seguida dos horas más tarde, de una cucharada grande de aceite de castor.

Otros médicos de Singapore han tenido igual experiencia en un número de casos más limitado.

En el Hospital General, Kuala Lumpur, el aceite de Chenopodium ha sido administrado bajo la dirección general del Dr. Sauson, médico oficial principal, en más de 500 casos de uncinaria, sin ningún efecto desfavorable y con la misma eficiencia que en Singapore.

El Dr. W. Schriffner afirma que en los hospitales de Sumatra el Dr. Baerman y él mismo han tratado sobre 40,000 casos de uncinaria con aceite de Chenopodium sin efectos desventajosos, y con resultados superiores a los obtenidos con el timol.

En un método basado en el número de gusanos expelidos, el Chenopodium probó una eficiencia de 91 contra 83 por el timol. Schriffner recomienda que se le dé al paciente una dieta líquida en la comida de la tarde, ningún desayuno y 16 mínimas de aceite de Chenopodium puestas en azúcar y divididas en tres partes para tomar una cada hora. Dos horas después de la última dósis administrada, el da 17 gramos de aceite de castor y 3 gramos de cloroformo. Dice, sin embargo, que si hay alguna objeción para tomar el aceite de castor, puede omitirse éste, y sólo se observará una pequeña disminución de eficiencia en el resultado. Schriffner es también de opinión que el aceite de Chenopodium es uno de los más efectivos vermífugos para lombrices, "Oxyuris vermicularis" y tenias y que el método de darlo en azúcar lo hace fácil, agradable y conveniente de tomar.

A causa de que un tratamiento por uncinaria con este método da por resultado un caso "negativo" con mucha frecuencia con otras drogas, es de esperarse que el uso del Chenopodium será de considerable ayuda para reducir las fuentes de infección, y adelantar la solución del problema desde el punto de vista de la salud pública.

El Dr. Jnge de Medan, Sumatra, que ha tenido una gran experiencia con el Chenopodium, dice que él ha visto un caso de nefritis que pudiera haber sido debido al Chenopodium, pero que pronto curó.

El Dr. Weiss, médico a cargo de un hospital de 700 camas del Holland-American Company, en Kisaran, Sumatra, ha tratado sobre 5,000 casos de uncinaria con Chenopodium con los mismos resultados satisfactorios arriba mencionados.

En una ocasión tuvo un caso de nefritis que creyó poder atribuir al Chenopodium.

El aceite de Chenopodium usado en Malaya, se obtenía de bien conocidas casas de farmacia en Inglaterra; el usado por el Dr. Weiss, en Detroit, y el balance del usado en Sumatra, en Leipzig, Alemania.

SUMARIO:

Los médicos de Oriente han tratado recientemente con aceite de Chenopodium sobre 100,000 casos de uncinaria de ambos tipos, del Viejo y del Nuevo Mundo, con mejores resultados que con los remedios usados hasta ahora, y prácticamente sin efectos adversos. En Sumatra, en donde fué tratado el mayor número de casos, los médicos afirman que el aceite de Chenopodium es también una de las mejores drogas contra las lombrices, tenias y tricocefalus.

La infección con lombrices es casi general en los trópicos; así, pues, el efecto físico sobre el paciente, que éste puede fácilmente apreciar por la expulsión de ellas, lo que no ocurre con la uncinaria que por lo común no la puede ver, es una importante ventaja administrativa cuando se lleva una campaña contra la uncinaria en gran escala.

Un medio seguro de destrucción de las larvas de moscas en el estiercol de caballo.

Desde que se dió al público americano el grito de "Echad a las Moscas", el peligro higiénico de la mosca casera ha sido perfectamente entendido por personas de todas las clases sociales. El precepto de destruir todo ejemplar evidente de esta clase de insectos, ha sido atendido en todas partes. En miles de casas no se toleran las moscas.

La solución lógica del problema de las moscas reside, sin embargo, en la eliminación de todos los criaderos o en la destrucción de

huevos y gusanos antes de que puedan desarrollarse en un insecto adulto.

El estiercol de caballo, que constituye el principal criadero de la mosca casera, tiene un gran valor como fertilizante. No es dificultoso encontrar un larvicida que fuera efectivo; pero para ser conveniente debe destruir las larvas, sin matar las bacterias del abono. Las últimas son esenciales para la apropiada conversión del abono en productos que tengan un valor como alimento para las plantas. El arsénico es un larvicida efectivo, pero su naturaleza venenosa impide su uso general. Otros productos tales como anilina, piridina y nitrobenzina se han mostrado buenos larvicidas pero su costo hace imposible su uso.

El año pasado el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos demostró que el borax es un larvicida efectivo, que se puede obtener en todo el país y que es provechoso para el feliz tratamiento del abono, a un costo de 0.42 centavos por fanega.

Sin embargo, puesto que se usan en muchas formas de trabajo intensivo agrícola grandes cantidades de abono, se dió la voz de alerta con referencia a la posible acción dañina en las plantas, de la aplicación del abono tratado con borax . En el entretanto los científicos del gobierno han continuado el estudio de algún larvicida volátil o orgánico que fuere efectivo, y al propio tiempo que estuviere desprovisto de una posible acción tóxica en la vegetación. Como resultado de este estudio se ha encontrado que el heléboro pulverizado (del Veratrum album y Veratrum Viride) es un excelente larvicida, sin que ejerza una acción deletérea en el valor fertilizante del abono, comprobado por la bacteriología y el análisis químico; y no se ha observado tampoco ninguna acción dañosa en los campos en que se ha probado. El costo del tratamiento, que consiste en media libra de heléboro pulverizado por 10 galones de agua para cada 8 fanegas de abono, es de 0.69 centavos por fanega. Sin desechar el uso del borax, a no ser cuando es aplicado en cantidades indebidas por falta de cuidado, los expertos del gobierno dan ahora la preferencia al heléboro. Ningún daño puede ocasionar su uso aún en dósis excesivas porque la sustancia es enteramente destruida en el curso de la fermentación del abono.

Los sanitarios de todas partes han recibido con beneplácito este útil descubrimiento y contribución para una campaña contra las moscas.

("The Journal".)

TUBERCULOSIS Y SALUD PUBLICA.

H. R. M. LANDIS, M.D., Filadelfia.

Estamos ahora entrando en la segunda década de la moderna cruzada contra la tuberculosis, y no está fuera de lugar en esta ocasión volver los ojos atrás hacia el trabajo realizado en los diez años pasados y ver si podemos mejorar nuestro plan de ataque.

El valor de los sanatorios y de los dispensarios no se puede negar, y es de desear que se establescan más de estas instituciones en donde sean necesarias. Mas aún, es una urgente necesidad disponer de suficientes camas para acomodar los casos avanzados tanto para fines humanitarios como preventivos. Todas estas agencias son indispensables para el manejo apropiado del problema de la tuberculosis.

Mientras se halla una cura específica, la solución del problema de la tuberculosis descansa, sin género de dudas, en la prevención de nuevos casos; y no en el tratamiento de los que se desarrollan años tras años. Indiscutiblemente muchos sujetos han logrado que su enfermedad se detenga y muchos más han prolongado sus vidas bajo el influjo de los métodos modernos de tratamiento, pero nuestros métodos presentes son defensivos en su mayor parte, y sólo preventivos en un pequeño grado.

Que el problema de la tuberculosis es un problema especial, en tanto cuanto se refiere al tratamiento, es totalmente cierto; así lo es también la conservación de la vida infantil y el tratamiento de los deficientes mentales. Estos problemas y muchos otros están sin embargo tan inextricablemente entrelazados, y dependientes de las mismas subordinadas causas, que el ataque contra uno de ellos como una unidad separada y distinta, debe necesariamente conducir a que se pierda mucho del esfuerzo empleado para combatirlo.

Las estadísticas vitales nos demuestran que la proporción de muertes para la mayor parte de las enfermedades en las callejuelas de nuestras ciudades o villas exceden a las que ocurren en otras secciones de las mismas ciudades y villas; y que la pobreza, la ignorancia, la inmoralidad, las habitaciones antisanitarias, el descuido, la suciedad y el alimento impropio e insuficiente, son los factores que contribuyen a ello.

Por lo tanto, todo lo que se haga para mejorar las condiciones de las callejuelas tiende a aliviar en mayor o menor grado, todos los males que florecen en esas insanitarias áreas. Reducidas a un último análisis, realmente tenemos que tratar con el problema de higiene pública y sanidad, que tiene por objeto capital la prevención de las enfermedades.

El material del Instituto Phipps se recoge de una área limitada, que en su mayor parte se compone de callejuelas, y la población en su mayoría está compuesta de extranjeros. Con el fin de que puedan indicarse más claramente las varias faces del problema de la tuberculosis y sus relaciones con la salud pública, yo deseo someter los siguientes hechos obtenidos de un análisis de 100 casos consecutivos.

La natividad es como sigue:

Judíos Rusos	66..
Italianos	14
Irlandeses	08
Alemanes	04
Eslavos	02
Nacidos en América	06

Ochenta y siete de estos pacientes vivían en casas insanitarias; 50 eran, además, tenían sucias sus casas, y en 9 casos la moral era mala. De los 87 con alrededores insanitarios alguna o todas las faltas siguientes fueron notadas: no existía drenaje subterraneo; sólo un lugar excusado para desde 4 a 8 familias; callejón o calle sucia; corral lleno de desperdicios dañados; ventilación insuficiente, habitaciones oscuras y agua estancada en el sótano.

En 2 casos se criaban pollos en la casa. Sólo de 7 familias se podía decir que los alrrededores y las casas estaban en condiciones higiénicas satisfactorias.

En 60 familias los recursos eran inadecuados. Solo en 6 de este grupo se hallaron los alrrededores en condiciones sanitarias; pero en otros 10 la higiene de la casa era buena, aunque situada en medio de alrrededores insanitarios. En las restantes 40 familias los medios de subsistencia eran suficientes, pero a pesar de esto, 35 de ellas o estaban viviendo en alrrededores insanitarios, o eran de costumbres antihigiénicas en sus casas o ambas cosas a la vez.

El problema de la inmigración es uno de los más serios que

confronta el estudiante de salud pública. La cuestión de si una inmigración no restringida es conveniente, está fuera del objeto de este estudio. Lo que nos interesa, sin embargo, es cómo nos las arreglaremos para mantener un más alto tipo en la manera de vivir entre esas personas. Esto es necesario tanto para nuestra protección, cuanto por el sentido del deber a que estamos obligados para con ellos. El inmigrante recien llegado, especialmente si pertenece a las razas que no hablan inglés, es por lo común ignorante, pobre, y lleva un género de vida de tipo bajo, generalmente se le encuentra en las casas más pobres que proporcionan nuestras ciudades. Más aún, no sólo vive en las peores casas sino en los peores distritos de nuestras ciudades, desde el punto de vista sanitario; y si esto no fuera bastante, unido al injusto tratamiento que la ciudad de su adopción le da en la forma de casa miserable y calles sucias, su mujer, no acostumbrándose a las condiciones de vida en que se encuentra, no puede tener éxito en sus esfuerzos para luchar con la situación y su casa está a menudo bien lejos de ser sanitaria, de acuerdo con las exigencias necesarias de la salud urbana.

La mayor parte de la crítica anterior se aplica con igual fuerza a la población de color de nuestras ciudades.

El problema de la casa, o más propiamente, el problema del hogar, porque él no sólo incluye la casa en sí, sino las condiciones sanitarias interiores y exteriores, y además las influencias morales, merece la más seria consideración. Es en el hogar en donde la mayor parte del drama de la vida se desarrolla; es el fundamento, la piedra angular de la sociedad y debe ser particularmente protegido contra todo lo que tienda a deteriorar la salud o la moral de nuestros futuros ciudadanos.

"Mortalidad Infantil", escribe Newsholme, es siempre más alta en los centros de población apiñados; pero una alta mortalidad infantil puede (por medios apropiados de sanidad y de aposentamiento) evitarse aún en las condiciones de una agregación densa de población.

La más importante conclusión a que ha llegado la Vice-Comisión de Filadelfia en su informe, recientemente publicado, es que: "el vicio es una responsabilidad principalmente de la familia y de la comunidad, y no individual".

Las relaciones que el hogar tiene con la tuberculosis son bien conocidas para requerir más que una mención hecha de paso. Como dijo Koch: "La tuberculosis ha sido franca y justamente llamada una enfermedad de las viviendas". Este hecho ha sido

aceptado hace largo tiempo, y sin embargo nos hemos contentado, las más de las veces, con la remoción temporal del paciente de las insalubres alrrededores para tratarle, y luego le hemos permitido que vuelva a sus mismas condiciones insanitarias de vida. Relacionado con esto debe mencionarse que de 36 casos salidos del sanatorio, y que fueron recientemente investigados por el Servicio Social del Departamento del Phipps Instituto, 16 estaban viviendo tan mal, sinó en peores condiciones que antes de haber ido al Sanatorio.

Si un individuo puede ser tratado con éxito en la casa, con tal de que él adopte métodos sanitarios de vida; ¿por qué, se pregunta uno, no ha sido aplicado este principio de un modo más general, como una medida preventiva? Newsholme, comentando este aspecto de la prevención, afirma que: "Ninguna medida preventiva puede ser considerada como eficiente y completa que no ataque y corrija vigorosamente los defectos de las viviendas".

El convencimiento de que la casa insanitaria es uno de los más poderosos factores causantes de la enfermedad, ha conducido durante unos pocos años últimos a la formación de comisiones y de asociaciones para corregir este mal. En el mayor número de casos tales organizaciones son independientes de las Juntas de Sanidad en vez de ser, como debieran, una parte de su equipo. Que este despertar de la necesidad de mejorar las condiciones de las casas, es un signo de esperanza y que promete mucho para el mejoramiento futuro, yo estoy convencido de ello, pero que él resolverá enteramente el problema, no me parece tan cierto. En tanto como mi observación me permite ver las cosas, un alto premio se ha puesto para la construcción de casas modelos, y poco o ningún énfasis se le ha asignado a los métodos de vida del pueblo mismo.

Yo he llegado al convencimiento que se pueden crear las mejores condiciones imaginables de viviendas ideales, y que en un período comparativamente corto, el pueblo volería en cuanto las condiciones cambiadas lo permitieran, al primitivo estado de situación insanitaria doméstica.

Desde este punto de vista el juicio de la Edimburgh School Union, en su informe de 1904 es de interés: "Nuestra experiencia, que alcanza ahora a unos diez y ocho años; reduce el problema de las viviendas a una cuestión de habilidad en el gobierno de las casas. Hemos llegado a convencernos de que una casa mal construída, pero bien y eficientemente mantenida, puede ser mucho ménos

sucia que una en la que no haya buena dirección, aunque esté muy bien equipada.

El problema, como lo vemos ahora, descansa en el pueblo y no en las casas. Que las casas de nuestras clases trabajadoras deben llegar a significar "hogares", que deben ser frescas y limpias, llenas de luz y agradables—lo deseamos todos; pero la experiencia nos ha enseñado que con el fin de que ésto se consiga, el pueblo debe desearlo también. No es siquiera bastante, ni sería posible trasladarlos a casas modernas bien construidas y provistas de todas las más modernas sanitarias comodidades. El cambio sería muy brusco. Los adelantos modernos no podrían ser apreciados, ni la manera de hacer uso de ellos, les es conocida.

Es necesario actuar en donde están, y como ellos son, y entonces enseñarles orden y limpieza, y el amor al aire fresco, y un conocimiento de los usos y preparación de los alimentos. ¿De qué le serviría a una persona un horno enrejado, cuyo único alimento fuere té y pan, y de vez en cuando algún arenque o un huevo pasado por agua?

Es solo por grados, y una por una que pueden efectuarse, las mejoras en tales casos. Atacar en masa el problema, creo que es un error, cada familia debe ser tratada por sí misma; y sus miembros deben de aprender por sí, que cuando nosotros como propietarios hemos despertado al nuevo sentido de nuestros deberes y responsabilidades para con ellos, ellos también por su parte como ciudadanos, tanto como inquilinos, tengan una muy distinta y muy definida concepción de los deberes y responsabilidades, que ellos también deben conocer y cumplir. En la actualidad el Phipps Institute está conduciendo un experimento en esta dirección.

He elegido en este estudio el tipo de $750 por año como entrada mínima para una familia de cinco personas, que se componga del marido, la esposa y tres niños incapaces de ganar salario. Lo que constituye una entrada adecuada es uno de los asuntos más enfadosos que tenemos que tratar. Y esto está ampliamente demostrado por las extraordinarias variaciones en la economía de los diferentes individuos. ¿Por qué una familia vive bien con una entrada que es aparentemente demasiado corta para sus necesidades, y otra está mal alimentada y vive en medio de la suciedad con una entrada dos y hasta tres veces mayor?, es una de las dificultades conque tropezamos. Como se ha dicho ya, de 100 familias investigadas al propio tiempo, 40 tenían una entrada adecuada,

y sin embargo, de este número, 35 o estaban pobremente alojados, o vivían antihigiénicamente,, o ambas cosas. Por otra parte, de entre 60 familias, 10 que tenían una entrada inadecuada, eran limpias y mantenían su casa en condiciones higiénicas.

¿Podemos remediar este mal, o es una tarea demasiado grande? Hasta un comparativo corto número de años hubiera sido dificultoso adelantar un argumento convincente que hubiera respondido a las objeciones de los pesimistas. Afortunadamente podemos presentar un experimento en higiene pública que ha resultado, un éxito, aún bajo las condiciones más dificultosas.

Durante muchas centurías los hombres habían soñado con un Canal de Panamá, y después que se descubrieron nuevas tierras y nuevas fuentes de riquezas, las demandas del comercio se hicieron más y más insistentes en que este sueño debía realizarse.

En la actualidad esto es un hecho prácticamente realizado, y el mundo se maravilla ante la habilidad de ingeniería que lo ha hecho posible ¿pero, ha sido todo ello habilidad de la ingeniería? Que los franceses poseían la habilidad necesaria en ingeniería, es cosa admitida; que ellos, estuvieran embarazados por insuficiencia de dinero es también sabido, y es igualmente estimado que aunque hubiesen podido disponer muchas veces de la suma necesaria, habrían fracasado según todas las probabilidades. Hoy se da uno cuenta del por qué fracasaron los franceses, y porque dejando de lado los escándalos financieros que acompañaron a sus esfuerzos, el fracaso hubiera venido siempre.

El desarrollo de los conocimientos médicos y de la ciencia sanitaria ha hecho posible más que ninguna otra cosa que el Canal de Panamá sea una realidad.

No es necesario entrar en los detalles de cómo uno de los más notorios focos de pestilencia conocidos fué transformado en una región segura para habitación humana; ni necesitamos insistir en el triunfo que la medicina moderna ha realizado en su lucha contra la malaria y la fiebre amarilla. Lo que nos importa por el momento, sin embargo, es la modesta tarea realizada por el cuerpo sanitario, revolucionando las condiciones de vida, no sólo en la Zona del Canal, sino en las dos viejas e insalubres ciudades de Colón y Panamá. Aparte de las medidas preventivas empleadas contra la malaria y la fiebre amarilla y el mantenimiento de una vasta cuarentena de los buques, el resto de su trabajo es del más vital interés para toda comunidad en los Estados Unidos.

Lo que se ha hecho en las ciudades de Colón y de Panamá

debería hacerse en muchas de nuestras ciudades del Norte. Las calles han sido pavimentadas, y lo que es igualmente importante, se han mantenido limpias; se ha instalado el drenaje subterráneo; se ha suplido agua pura, los patios se han tenido libres de suciedad y de escombros; las condiciones de las casas se han mejorado; la incomodidad de las moscas se ha corregido y los mercados públicos han sido inspeccionados.

No es bien conocido que los datos de morbilidad del Ismo se comparan favorablemente con los de las comunidades situadas en los climas más saludables. Y esto es cierto no sólo para la fuerza de operarios saludables, sino para los nativos habituados por generaciones a los insalubres alrededores y métodos de vida. Que esto se ha realizado simplemente por medio de las reformas arriba mencionadas nadie puede creerlo por un momento. El factor importante ha sido la policía sanitaria, sostenida por la autoridad, castigando toda infracción de las leyes que proveen para la protección de la salud pública. Sin esta autoridad y el derecho de imponer penalidades es dudoso que se hubiera podido mantener tan alto el nivel de eficiencia sanitaria. Es este último aspecto del trabajo de salud pública, lo que se debería tener presente en las callejas de nuestras ciudades si han de hacerse razonablemente limpios y mantenerlas así.

La tremenda importancia del trabajo para protejer la salud pública se hace evidente a todo el que es familiar con lo que nuestros médicos oficiales de gobierno han realizado en los trópicos. Su trabajo ha creado un nuevo campo en la medicina, el valor social y económico de lo que se ha empezado ahora a hacer. Es increible que nadie que tenga una concepción del sufrimiento, ineficiencia y enormes pérdidas que resultan a la sociedad a causa de las enfermedades que pueden prevenirse haciendo desaparecer las condiciones insanitarias de vida y de trabajo, pueda dejar de apreciar los grandes beneficios que se recogerían de una más activa campaña contra esos males. Aunque no puede ser sino una gran fuente de satisfacción para nosotros, como nación, señalar lo que se ha hecho en beneficio de la salud pública en nuestras poseciones insulares, debemos darnos cuenta de que estamos muy pobremente organizados para un trabajo sanitario científico y práctico en casa.

El alto tipo de eficiencia que se ha establecido en Panamá, por ejemplo, no se puede obtener hasta que el público en general y nuestros legisladores, hayan llegado al convencimiento de la urgente necesidad de reformas sanitarias, y hasta que la profesión

médica provea de hombres adecuadamente equipados para efectuar este trabajo.

Es una desgracia, pero no obstante verdad, que en los rangos y filas de los médicos se nota poco interés en los asuntos relacionados con la salud pública, y sin embargo, como ha indicado recientemente "Wesbrook",. ningún mecanismo oficial de salud pública puede operarse sin el inteligente interés y el apoyo simpático de la profesión médica".

Para que los asuntos de salud pública puedan estar debidamente administrados, debemos tener:

1o.—La promulgación de leyes que prohiban o corrijan las condiciones perjudiciales a la salud, y el derecho de imponer penas por la infracción de estas leyes.

2o.—Debemos proveer, en nuestras escuelas médicas, para la adecuada educación de los médicos en los trabajos de salud pública, y abandonar nuestro actual sistema de elegir a todo riesgo, las personas que han de llenar estos deberes.

En el futuro las calificaciones para obtener posiciones en el servicio de salud pública deben ser una preparación especial y eficiencia, y a los hombres que posean estos requisitos debemos estar preparados para pagarles salarios adecuados e investirlos debidamente de la autoridad necesaria para llenar sus deberes.

3o.—Tarde o temprano cada municipalidad tendrá que estar equipada con una policía sanitaria, cuyos deberes serán los de mantener el orden higiénico y ayudar al pueblo a alcanzar el más alto tipo de manera de vivir. Trabajo de esta naturaleza yo creo, debía ser hecho, con preferencia por mujeres que hayan tomado cursos de enfermeras y de trabajos de sanidad municipal.

Hasta que el trabajo de salud pública no haya colocado en un plano alto sus importantes demandas, no veremos disminuir muy apreciablemente algunos de los males que actualmente nos afligen.

TRASTORNOS PROVOCADOS POR UNA ALIMENTACION EXCLUSIVA.

Por los DRES. E. WEILL,
Profesor de la Facultad de Medicina de Lyon,
y G. MOURIQUAND,
Profesor agregado en la Facultad de Medicina de Lyon.

Es sabido que ciertas alimentaciones exclusivas son capaces de producir trastornos graves, de los que algunos pueden ser mortales. La alimentación exclusiva por el arroz, sobre todo, produce la enfermedad llamada BERIBERI, caracterizada por desórdenes cardíacos con tendencia asistólica o, más a menudo, por neuritis periféricas. Sin querer añadir nada nuevo a las investigaciones que se han hecho sobre este asunto, nos hemos preocupado de los trastornos que puede producir en el niño de teta o en el niño ya más crecido, una alimentación uniforme incapaz de aportar los principios necesarios a la nutrición normal y por consiguiente a la salud. Estas afecciones están aún mal caracterizadas.

Sin embargo, todos los pediatras han podido observar trastornos nutritivos acompañados de gran palidez, enflaqueeimiento, astenia, debilidad de los miembros inferiores, trastornos digestivos que pueden ser puestos en la cuenta del empleo sobradamente exclusivo de una clase de alimento. Pero sobre ello la clínica no nos da aún más que nociones bastante vagas, y antes de comenzar el estudio de estos casos, hemos creido conveniente pedir a la experimentación nuevas pruebas para orientarnos en estas ulteriores investigaciones.

Con este objeto hemos sometido desde el mes de Julio de 1913, una serie de palomos a una alimentación exclusiva con una sola clase de semillas, arroz, cebada, trigo, maiz, etc., habiendo comprobado la acción de esta dietética con los resultados suministrados por la alimentación mixta.

Vamos a exponer hoy los primeros resultados obtenidos. Completarémoslos después (en colaboración con el Dr. Gardére) indicando los resultados del examen histológico de los órganos, y sobre todo de los centros nerviosos y de los nervios de los palomos sacrificados.

Los palomos sometidos a una alimentación con arroz decorticado (primera calidad), comenzaron por perder de su peso, y tres a cuatro semanas en otros, presentáronse trastornos afectando el sistema nervioso periférico, tales como dificultad en volar, marcha difícil al principio y que luego se hacía completamente atáxica, astenia acentuada de los miembros inferiores traduciéndose por dificultad en sostener el peso del cuerpo. Al cabo de un mes aproximadamente, la impotencia era en algunos tan completa, que caminaban con dificultad y el vuelo era casi imposible. Los

palomos tirados al aire caían como masas inertes o ejecutaban un vuelo muy reducido.

Algunos palomos murieron al cabo de un mes. Otros vivieron más tiempo; otros, finalmente, llegaron casi a curar, gracias a la alimentación mixta a que fueron sometidos.

En definitiva, en estos casos hemos reproducido experimentalmente el beriberi, tal como un cierto número de autores lo han hecho, conforme lo hemos observado, especialmente en palomos de Vostglin, en el Laboratorio de Abel, en Baltimore. El beriberi también ha podido ser observado en las gallinas.

El beriberi preséntase generalmente en estos animales cuando son alimentados exclusivamente con arroz decorticado, es decir, privado de su endocarpio. De aquí que la mayor parte de autores admitan que el endocarpio contiene el complemento de los materiales alimenticios de la semilla. En efecto, la experimentación demuestra que el beriberi no se presenta cuando los animales son sometidos a una alimentación con arroz completo.

Desde hace mucho tiempo se ha observado el beriberi en el hombre. Preséntase sobre todo en algunas expediciones, en las cuales el arroz acaba por convertirse en un alimento casi exclusivo. El beriberi ha sido observado en el niño de pecho.

Pero teniendo en cuenta más bien los peligros de la "alimentación exclusiva" que los de la patogenia del beriberi, nos hemos preguntado si nuestros palomos reaccionarían también desfavorablemente con otros alimentos además del arroz empleado de un modo exclusivo. De aquí que hayamos sometido un segundo lote a la alimentación exclusiva con cebada perlada de primera calidad. Al igual que en la alimentación con el arroz, los palomos enflaquecieron, presentando luego trastornos digestivos (deposiciones verdes), y presentaron, al cabo de unas tres semanas, en los miembros inferiores y en las alas, signos de paresia, caracterizados por la dificultad en la marcha y por una menor extensión en el vuelo. En algunos de ellos los fenómenos atáxicos pueden muy bien compararse a los producidos por la alimentación exclusiva con el arroz. Uno de ellos, especialmente, presentó fenómenos muy acentuados de tipo leberíntico o cerebeloso. Este palomo, después de tres semanas de comenzada la alimentación exclusiva, tenía gran dificultad en sostenerse sobre sus patas, no volaba ya y permanecía acostado sobre el lado. Al salir de la jaula estiraba las alas y giraba sobre sí mismo, de atrás hacia delante, ejecutando una serie de cabriolas durante tres o cuatro minutos.

Deteníase luego, permaneciendo en posición sentada con la cabeza en hiperextensión forzada, y quedaba sobre el dorso. Los miembros es-

taban en hiperextensión y los fenómenos de contractura eran tan acentuados que era difícil ponerle en flexión. Esta rigidez era verdaderamente tetaniforme. El palomo murió a los ventiocho días de este régimen exclusivo por la cebada.

Otras veces la muerte de los palomos alimentados con cebada sobrevino sin paresia premonitoria, en un estado de adinamia profunda.

De modo que, algunas semanas después de la alimentación exclusiva con la cebada, pueden observarse fenómenos nerviosos muy parecidos a los que presentan los alimentados exclusivamente con arroz.

Estos casos nos parecen depender de una alimentación exclusiva más bien que de una intoxicación especial. La prueba la encontramos en que hemos podido hacer desaparecer los fenómenos tetánicos o atáxicos substituyendo la alimentación exclusiva con una alimentación muy variada (cebada, arroz, trigo, maiz, papilla de patatas, etc.) En estos casos hemos visto retroceder los fenómenos (cuando las alteraciones no eran aún muy profundas), al cabo de algunas semanas.

Pero las recaidas son fáciles. Tal es la historia muy instructiva del palomo que hemos presentado a la sociedad. Sometido durante tres semanas a una alimentación con arroz, presentó fenómenos de neuritis característica con ataxia acentuada. Después este palomo quedó sometido a la alimentación exclusiva con trigo, y al cabo de algunos días los fenómenos atáxicos, acompañados de los fenómenos laberínticos o cerebelosos, reaparecieron con intensidad. Si, conforme lo ha aconsejado Hugounenq, colocamos sobre la cabeza del palomo un capuchón que le impida la visión, los fenómenos ataxocerebelosos alcanzan su máximo, recordando perfectamente el signo de Romberg.

Siguiendo el consejo de los Dres, Hugounenq y Morel, hemos añadido sales de cal a la alimentación del palomo, sin que por ello hayamos podido observar ninguna mejoría.

En lo que acabamos de decir no hemos querido sino llamar de nuevo la atención de los clínicos sobre los peligros de la alimentación exclusiva. No hay por qué decir que cada especie la tolera de un modo diferente, conforme lo hace observar el Prof. Cadéac, pero los trastornos llevados al máximo, observados en nuestros palomos, ponen de relieve este peligro. Si hoy por hoy, estos resultados experimentales no pueden ser aplicados integralmentea a la patogenia humana (y de un modo especial a la patogenia infantil), parécenos en cambio abrir un nuevo campo a estudios verdaderamente nuevos, de los que indudablemente aprovecharán la dietética y la terapéutica.

("Le Monde Médical").

EPIDEMIOLOGIA

Paludismo sin anofelismo.

DR. MAURICE BOIGEY, Médico Militar.

El principio de la transmisión del paludismo por los mosquitos anófeles es una especie de dogma científico. En estos últimos años, sin embargo, varios observadores han relatado ciertos hechos que se hallan en oposición con la teoría de esa exclusividad del paludismo propagado únicamente por los anófeles. No nos proponemos referir esas observaciones, sino tan solo aportar a la discusión el tributo de algunos hechos que hemos tenido ocasión de estudiar personalmente.

Once son los casos de infección malárica que nos ha sido dable observar y que no podían ser atribuidos a las picaduras de mosquitos. Nos encontrábamos a la sazón en las márgenes septentrionales del Chott-Melrhir (Sud de Constantina). El calor era asfixiante y el viento sud soplaba con violencia. No había posibilidad de descubrir en la región ni un mosquito ni un anofelo.

A excepción de las moscas, los insectos habían desaparecido desde hacía algunas semanas. En la sangre de los enfermos hallábanse casi constantemente los elementos descriptivos por Laveran y considerados como característicos de las formas evolutivas del hematozoario del paludismo.

Casi todos los enfermos eran niños, y ninguno había salido del aduar desde hacía algunos meses; la mayor parte de los casos eran benignos pero perfectamente caracterizados desde el punto de vista clínico.

Por otra parte, hallándonos en pleno verano en Zab-Chergui, nos ha sido dable atravesar ciertas aglomeraciones en las cuales reina el paludismo. Las localidades de Zéribet-Ahmed y de Ain-Naga, especialmente, se encontraban en este caso. Pues bien, la aridez del suelo en esas regiones durante el verano es extrema. Poca agua o ninguna; algunas palmeras, escuálidos campos de cebada, que se apresuran a germinar después de las irrigaciones; tales son las características del país. En vano hemos buscado la presencia de mosquitos en esas dos localidades habitadas por una población cuyos elementos todos, desde los niños de pecho a los ancianos, son palúdicos. El italiano Gioffi ha hecho observaciones análogas en la provincia de Salerno y las ha publicado en la Clínica

moderna de 21 de Julio de 1913. Este autor ha estudiado 60 casos de infección malárica con 11 casos de hemoglobinuria, y no ha podido descubrir la presencia de un solo mosquito.

Ciertos datos clínicos y epidemiológicos aparecen inexplicables con las teorías modernas sobre la transmisión de esa enfermedad. Los diversos ciclos de la vida de la plasmodia palúdica a través del cuerpo humano están tan llenos de incógnitas, las fiebres primaverales son tan poco explicables en el estado actual de nuestros conocimientos, que el problema de la malaria sin anofeles merece ser estudiado.

Todo médico oficial está obligado a dar caza a los anofeles, en Argelia. Y sin embargo, cabe pensar que muchas fiebres, consideradas como fiebres palúdicas, son debidas a otros agentes de transmisión. La etiología telúrica, con harta sinrazón relegada desde hace veinte años, debe de ser mantenida, a nuestro juicio, en sus grandes líneas. Nuestros predecesores la fundaron en observaciones probatorias que conservan aún hoy—por lo menos a los ojs de quienes han habitado durante mucho tiempo los países cálidos—todo su valor. Pero es necesorio igualmente reservar una parte etiológica importante a las bruscas variaciones de la temperatura exterior y, sobre todo, a la acción del calor atmosférico. Obsérvase este elemento en casi todos los lugares señalados como funestos. La fiebre ha cesado siempre allí donde fueron construidos buenos albergues contra el calor, allí donde han sido erigidos sólidos centros de población, habitaciones convenientes.

Desde hace cuarenta años, las fiebres disminuyen en Argelia en número y en intensidad, hasta el punto de que lo que en otro tiempo se llamaba con razón el azote del país, ya no es sino una enfermedad dominante en los momentos más calurosos del año; pero su forma no ha cambiado. Los accesos perniciosos son raros.

Cuanto a los accidentes intermitentes, ceden por regla general cuando, aún sin emplear quinina, se coloca al enfermo en un local fresco, algo sombrío y bien ventilado, y cuando se le somete a la balneación (baños de 30° a 36° según el caso).

Casi todos los sujetos a quienes tuvimos que tratar eran soldados o indígenas que, en lo más fuerte de los calores, acompañaban convoyes, trabajaban al sol en los caminos o en las canteras, y habitaban bajo la tienda. Admitidos en el hospital o bien transportados en habitaciones a cubierto del calor o de los rayos solares, obtenían con rapidez la curación.

Y no se vaya a creer que hayamos tenidos que tratar en esos

casos a hombres atacados de insolación, de quebrantamiento o de empacho gástrico. En manera alguna; los estadios de la fiebre palúdica desarrollaban ante nuestros ojos sus síntomas característicos, y los enfermos tembleteaban bajo buenos abrigos, sin poder entrar en calor, siendo así que el termómetro marcaba 30° a la sombra.

Argelia no es un país de pantanos. Claro es que se encuentran en ella aguas encharcadas; pero esto sólo en regiones muy circunscritas. En tiempo de los romanos, el Africa era el más salubre de los continentes conocidos. Séneca decía, hablando de lo que es la Argelia actual: "Ahí no se muere sino de vejez o por accidente." En nustros días, hay la costumbre de considerar ese país como poco salubre. Es que los antiguos habían comprendido que tan importante es evitar el calor en la zona tórrida como evitar el frío en Siberia. Al parecer, no nos preocupamos gran cosa de esta ley ordinaria de la higiene natural.

En otro tiempo, evitábase perfectamente el construir casas en planchas o en yeso y el enviar a ese clima ardiente bajo tiendas o cobertizos de madera a hombres venidos casi del Norte. Las gruesas murallas de las ruinas romanas que se han descubierto dan fé de ello. Establézcase un campamento en un bajo fondo, sobre arena, sin una gota de agua y sin un anofelo ni de cerca ni de lejos, y la fiebre estallará ante el primer trabajo, ante la primera exposición sostenida al calor, durante el día sobre todo, sin necesidad de que intervenga para nada el mosquito. En cambio, construid casas con paredes espesas y buena ventlación, y cuyas ventanas estén acordicionadas para impedir la penetración del sol: ni el agua ni los mosquitos darán la fiebre a sus habitacones. En el Sahara, los meses cálidos se hallan exentos de mosquitos.

Son esos los meses de esterilidad y de reposo para esa naturaleza potente, que parece remozarse y purificarse por el fuego. Pues bien: esa estación es la estación de las fiebres. Desafíamos al cazador de anofeles más experimentado a que capture uno sólo de estos insectos allí donde todo parece torrificado, momificado en el espacio de un día.

Los meses menos cargados de paludismo en el Sahara son Octubre y Noviembre, Marzo y Abril; y estos meses son precisamente aquellos durante los cuales pululan toda especie de insectos y, entre ellos, moscas y mosquitos.

Nos hallamos, pues, convencidos de que la fiebre aparece principalmente allí donde reinan calores prolongados, allí donde hay

gran trabajo que hacer y allí donde faltan los albergues para estar a cubierto.

Sin necesidad de ir hasta el Sahara en busca de argumentos, podemos encontrar otros igualmente convincentes a orillas del Mediterráneo.

Bona, por ejemplo, tuvo en otro tiempo una triste celebridad: era la ciudad cálida y fiebrosa por excelencia. Hoy que se halla bien construída—relativamente, pues nunca el espíritu mercantil presidió tanto como en Argelia a la erección de las ciudades—los palúdicos son en ella poco numerosos. Para llegar a este resultado, ha sido suficiente que las casas fuesen construídas con piedras y cubiertas con tejas. Idénticos mejoramientos en la edificación han devuelto la salubridad a Sierra Leona y a Santiago de Cuba.

Esta clase de consideraciones se avienen poco con el espíritu científico del día; el microscopio no se satisface con ellas, pero por lo menos tienen el mérito de expresar una opinión independiente. Cada vez que vemos a hombres mal albergados y constreñidos—después de haber pasado el día afuera—a permanecer durante la noche bajo las tiendas en las cuales no es posible encontrar el descanso sino después de exageradas fatigas, no podemos dejar de pensar que la fiebre de esos infelices es debida a toda otra causa que a picaduras de mosquitos, tanto más cuanto que la vemos desarrollarse en el momento de los calores contra los cuales esos enfermos no pueden preservarse.

En otro tiempo, La Calle era una posesión tan insalubre, que la fiebre arrebataba en ella a los hombres al cabo de cuatro días. Y así ocurrió, según Dureau de la Malle, que la Compañía de África, cuando existía, llegó a no poder reclutar para la pesca del coral en dicho punto sino a malhechores fugados de la justicia. Pues bien: ese país, siempre húmedo, se ha vuelto de una salubridad notable. ¿Habrán desertado de La Calle los anofeles? Las llanuras del Chelif y de la Tafna, de tan fúnebre memoria, se han vuelto salubres y habitables. Sin embargo, los mosquitos pululan allí tanto como en otro tiempo.

La primera enfermedad que se declara entre las brigadas de poceros encargados de perforar el suelo para la construcción de pozos artesianos, en puntos desprovistos de agua y de mosquitos, es la fiebre palúdica; esto, de una manera absoluta. Los hombres se acuestan, en efecto, casi en contacto con el suelo, dentro de barracas o bajo tiendas, donde las variaciones térmicas de los días y de las noches se sienten vivamente.

Veinte veces hemos visto cómo ciertos febricitantes, que desde muchos días tenían en su casa o en los cuarteles accesos de fiebre violenta, llegaban a curar por el sólo hecho de entrar en un lugar fresco y bien acondicionado.

En el sud de la provincia de Constantina, las fiebres empiezan a manifestarse con los primeros soplos del sirocco hacia fines de Mayo; adquieren cierto desarrollo en Junio; se hallan en plena actividad en Julio, y alcanzan su intensidad y gravedad máxima en Agosto. En el mes de Septiembre comienza el período de descenso, disminuyen mucho en Octubre, para extinguirse en Noviembre y en Diciembre.

Las observaciones y las estadísticas imparciales nos revelan la verdad en esta materia. Al llegar la mayor intensidad de los calores es cuando el número de los enfermos atacados de paludismo alcanza su máximum, y no en la primavera y en el otoño como podrían hacer creer ciertas afirmaciones. Hay más febricitantes en el trimestre de verano que en los otros tres reunidos. Y aquí es oportuno hacer constar que en las regiones saharinanas el trimestre de verano se halla casi completamente desprovisto de insectos y, por tanto, de mosquitos. Ya sabemos que no ocurree lo mismo en Francia y, de un modo general, bajo las latitudes templadas. Pero el problema del paludismo, que es tan complejo, no se presenta con precisión sino en el Africa septentrional, único punto donde puede ser resuelto. El estudio de una enfermedad, de sus causas, de su profilaxis puede ser realizado con éxito en un lugar distinto de aquel donde reina la afección? Es evidente que no. Los problemas médicos no pueden hallar solución sino allí donde surjen, es decir, a la cabecera del enfermo y en las comarcas donde reina la enfermedad que se estudia; en suma, allí donde el campo de observación es vasto.

La medicina es una rama de las ciencias naturales que no puede ser estudiada sino por la observación directa y abundante de los hechos clínicos. Es incontestable la posibilidad de hacer progresar en el silencio del gabinete las ciencias matemáticas; no sucede ya lo mismo en lo que concierne a las ciencias médicas. Que lleguen a resolverse en un laboratorio ciertos problemas de biología, esto es admisible; pero no hay que confundir la biología con la medicina, y sería peligroso que "a fortiori" se quisiera adaptar la una a la otra. En materia de paludismo, la seductora doctrina de la transmisión de la enfermedad por los solos anofeles aparece como el resultado de investigaciones biológicas basadas en un nú-

mero restricto de observaciones; y es de notar que harto a menudo esta doctrina se halla en oposición con los hechos clínicos. De aquí que nosotros creamos, de acuerdo en ello con muchos otros médicos, que es prematuro admitir esa etiología con exclusión de cualquiera otra.

Voy a añadir ahora algunas palabras acerca de la profilaxis del paludismo.

Hemos creído firmemente—esto es indudable—que respirar a través de una gasa o en una habitación cuyas ventanas estén provistas de un enverjado con finas mallas metálicas, preservaba de la fiebre interceptando el paso de los anofelos.

Todos nos hemos entregado a la práctica de esta exigente profilaxis. Hemos dirigido la costosa construcción de barricadas contra los mosquitos. Hemos asistido a todos los caprichos a que pueden conducir las consecuencias de una teoría. Actualmente, la protección mecánica de la habitación aparece sobre todo como la practica de un medio ineficaz, pues ya no se perconiza. En efecto, los palúdicos que llevan consigo el gérmen de la enfermedad pueden ser picados por los anofeles cada vez que abandonan momentáneamente su morada. No puede pretenderse aislar a todos los palúdicos. En este país, los palúdicos no aislados y expuestos a las picaduras de anofeles serán siempre de mucho los más numerosos; tan general es la enfermedad.

Las desecaciones son más recomendables; pero no hay que hablar de ello a los habitantes del Sud-Argelino, que viven del cultivo de la palmera. Sin agua no hay palmeras. Tanto valdría proponerles que muriesen de hambre para evitar el paludismo. A esto añadiremos que, en las regiones saharianas, una empresa de desecación sería tan imposible como la de los perros de la fábula que se proponían, bebiendo, absorber toda el agua del río. Hay que ignorar las condiciones geológicas del país para formular semejantes proyectos. ¿Qué trabajos de utilidad pública y de saneamiento son posibles en las llanuras arcillosas sin fin?

Claro está que, si un río se desborda y forma estanques en un territorio árabe, será útil efectuar la desecación de esas aguas encharcadas; si un desplome obstruye un curso de agua, se podrá, por medio de un desagüe, restablecer el curso interrumpido y devolver al cultivo el terreno desecado; si una meseta presenta estanques en sus depresiones, se podrá también desecarlos por medio de canales emisarios; pero aún aceptando que se haya conseguido alguna reducción del líquido estancado, la mejora que se obtenga

no será sino muy relativa. El petrolaje de las charcas es posible si estos amontonamientos de agua son de poca extensión; pero son estos pequeños estanques los que precisamente quedan en seco durante la estación calurosa, la más cargada de paludismo. ¿Cómo cubrir de petróleo lagos que tienen muchas hectáreas de extensión? En el sud de Sidi-Salah, el Chott-Melrhir, cuando llega la estación de las lluvias inundan en algunos días millares de hectáreas. En verano el agua desaparece con la misma rapidez, poniendo al descubierto vastos espacios de arcilla pronto hendida y resquebrajada por el sol, grandes manchas de sal relucientes y extensos lodazales movibles que constituyen las márgenes del río. No queda la más pequeña charca de agua; no hay allí mosquitos y, sin embargo, los hombres que atraviesan esas comarcas en verano o se detienen en ellas es casi seguro que contraerán la fiebre.

¿Cuál es la conclusión o el colorario de todo esto? ¿Que el calor engendra la fiebre? Tal no es nuetsra creencia. Pero la parte que corresponde a este elemento etiológico aparece bastante importante para que no se le deje de lado. El hígado es particularmente sensible al calor, el cual lo congestiona. Y sabido es que las congestiones agudas de este órgano van siempre acompañadas de fiebre y de un estado gástrico que no deja nunca de presentarse en el paludismo. Esa congestión es cíclica como la causa que la produce.

Los paroxismos congestivos corresponden, en efecto, a las elevaciones diarias de la temperatura atmosférica. Esta concordancia explica la periodicidad de los accesos febriles. Esto, claro está, no es más que una hipótesis.

Sin considerar como quimeras las causas de la fiebre palúdica señaladas por los biólogos, es necesario admitir que la autoridad de los hechos clínicos y de las observaciones epidemiológicas es superior a las deducciones biológicas en lo que concierne a la práctica médica. Que los anofeles inoculan el gérmen de la fiebre, nadie lo disputa; pero nosotros afirmamos de la manera más categórica que ciertas regiones absolutamente desprovistas de anofeles constituyen temibles focos de paludismo y que éste diezma los habitantes que en ellas residen.

NOTAS VARIAS

Polvos de Arroz y Polvos para la cara.

Los polvos de tocador comunmente conocidos y rotulados "Poudre de Riz" o "Fleur de Riz", rara vez son lo que su etiqueta dice, según Charles H. La Wall, químico de la oficina para el examen de la leche, y Comisionado de alimentos de Pennsylvania: De diez y seis muestras del llamado polvo de arroz examinadas por él, sólo dos consistían enteramente de arroz (desgraciadamente la Wall no da las marcas) y seis no contenían ningún arroz. Talco, harina de maiz, óxido de zinc, tiza y subnitrato de bismuto fueron las sustancias que se hallaron reemplazando la harina de arroz en parte o en totalidad.

La atención de La Wall se dirigió primero hacia las sustituciones o adulteraciones por un caso en el cual el médico tuvo dificultad en establecer un diagnóstico. Unos polvos de cara, que se decía consistir en polvos de arroz, cayeron bajo sospecha, y se encontró que contenían óxido de zinc, talco y harina de maiz, pero ningún arroz. Se probó que el óxido de zinc era la causa del trastorno. La Wall cita varios casos, observados por oculistas—invariablemente en mujeres—de visión borrosa, inhabilidad para usar los ojos por largo tiempo de una vez y severa picazón en los párpados.

Siete casos fueron referidos en "The Journal" por Black.

En el examen microscópico de la secreción tomada de los ojos, se vió que los síntomas eran debidos a la presencia de cristales en los "polvos de arroz' para la cara usados por un número de pacientes. Esos cristales se hallaron en los polvos para la cara, pero no pudieron encontrarse en las muestras verdaderas de "polvos de arroz". El polvo, cuando se aplica con la mota, es esparcido en alto y se aloja en el ojo humedecido. En presencia de las lágrimas toma el caracter mucilaginoso y alojándose en el fondo de saco, produce los síntomas descritos.

La sustitución de otros ingredientes por arroz en los llamados "polvos de arroz", constituye un fraude; toda vez que los vendedores le aseguran, y los parroquianos creen, que el "polvo de arroz" es POLVO DE ARROZ.

Esta decepción parece debida, sinembargo, a una costumbre general más que a un fraudulento propósito. La flor de arroz cuesta al por mayor a 6 centavos la libra; el talco cuesta lo mismo; la tiza 5 centavos la libra; la harina de maiz 3½ centavos, y el óxido de zinc 2 centavos la libra. El subnitrato de bismuto vale $2.75 la libra, pero esta sustancia puede

no tenerse en cuenta, puesto que sólo se halló presente en proporción de uno por ciento en dos muestras.

La diferencia en el costo de estos ingredientes es por lo tanto insuficiente para inducir a la adulteración en el caso de un artículo que cuesta 5 centavos al por mayor, y desde 40 centavos hasta $1.00 la libra al detalle. En la actualidad los comestibles se venden bajo las disposiciones del acta federal y de estado sobre alimentos y drogas, mientras que los artículos de tocador no. La Wall sugiere que los consumidores podrían evitar muy bien las adulteraciones y al mismo tiempo economizar dinero comprando harina de arroz en las pulperías.

("The Journal".)

Inyecciones de agua hirviendo dentro de la glándula tiroides para el hipertiroidismo.

Porter (Cirigia, Ginecologio y Obitetricia, Enero, 1915) adopta la siguiente técnica: Una jeringuilla, toda de vidrio, de 10 Cc. o 20 Cc. de capacidad, es la mejor. Mientras mayor sea la capacidad de la jeringuilla se mantendrá más tiempo el calor del agua. La aguja debe ser larga, flexible, y más bien fina.

Se hierve la jeringuilla con agua sobre una flama de alcohol o de gas al lado de la mesa o de la cama en donde esté acostado el enfermo. Después de una limpieza adecuada, las áreas que se van a inyectar se infiltran con una solución de novocaina al uno por ciento. La jeringuilla llena, se saca del agua, que está a la sazón hirviendo y la inyección se hace rápidamente. De 5 a 20 Cc. se inyectan según el tamaño del lóbulo. Retirando parcialmente la aguja y reinsertándola se pueden inyectar áreas contiguas con una sola puntura.

Muchos pacientes se quejan inmediatamente después de la inyección de un sentimiento de plenitud en la glándula y de algún dolor en los lados del occipucio, pero la molestia es insignificante.

Las inyecciones deben repetirse hasta que se haya obtenido el efecto deseado. Si se está usando un tratamiento preparatorio para la tiroidectomia, entonces será bueno repetir las inyecciones cada dos o tres días, si es necesario hacer más de una; pero si se ha decidido probar el efecto curativo por este medio, será mejor esperar una semana o diez días antes de repetir la inyección, pues, como se indicó antes, aunque la mejoría se marca por lo común dentro de las primeras cuarenta y ocho horas, no llega a su maximun hasta los diez días o dos semanas.

Es mejor, especialmente en los grandes bocios, inyectar dos, tres o más áreas en una sola sesión, que hacer las inyecciones a intérvalos. La

tendencia es, según la experiencia, a hacer mayores y múltiples inyecciones en una simple sesión, más bien que hacer más pequeñas y simples inyecciones en repetidas sesiones. En algunos casos con pequeñas, mal definidas glándulas, es mejor hacer la inyección a través de una pequeña incisión en la línea media, practicada bajo anestesia local, lo que permite al operador hacer su trabajo guiado por la vista.

El autor cree que los hechos clínicos y experimentales autorizan las siguientes conclusiones:

Las inyecciones de agua hirviendo dentro de la glándula deben substituir al, así llamado, tratamiento médico en pacientes con pequeña tiroides y moderados síntomas de hipertiroidismo.

El método es también particularmente a propósito para pacientes con moderados o severos síntomas y relativamente pequeñas glándulas, y especialmente en los casos en que la hiperplasia está circunscrita. Está, por lo tanto, bien adaptado al tratamiento de pacientes que han sufrido una lobectomia y están aún sufriendo de hipertiroidismo con hipertrofia del lóbulo remanente.

Enfermos con grandes bocios y extremos síntomas de hipertiroidismo deben ser tratados por las inyecciones hasta que sea posible operar sin riesgo y entonces remover la glándula.

Las inyecciones de agua hirviendo no se recomiendan en el bocio no toxico. En tales casos, como en los pacientes con grandes glándulas y síntomas tóxicos pero que son buenos riesgos quirúrgicas, debe llegarse la tiroidectomia como método de tratamiento.

En el bocio substancialmente hiperactivo en que fuera expuesto su remoción deben ensayarse las inyecciones de agua hirviendo, bajo la guía de la vista.

(The "Therapeutic Gazette").

LA LEPRA

De un estudio acerca de esta enfermedad, que publica "Le Monde Medical", reproducimos los capítulos que tratan de la Bacteriología, Contagio y Profilaxis de este azote de la Edad media. Los párrafos que trasladamos al BOLETIN ofrecen un interés primordial, para nosotros, por ser frecuente el hallar casos de lepra en las Antillas; y para el mundo civilizado, en general, porque se ha comprobado que en los países antes libres, como en la mayoría de los de Europa, hace algunos años que aumenta incesantemente el número de leprosos; motivo más que suficiente

para que los hombres de ciencia estén preocupados, y estudien la posibilidad de que esta grave dolencia renueve sus esfuerzos.

Bacteriología.—Contagio.

En este capítulo seguiremos paso a paso el estudio tan notable y completo publicado por el Dr. Marchoux, del Instituto Pasteur. Dice este autor que es a mediados del siglo XIX que Danielssen y Boeck practicaron el estudio histológico de esta enfermedad, encontrando células con degeneración adiposa en los tejidos leprosados. Trátase de las células leprosas de Virchow, cuya comprobación en el curso de una biopsia puede muy bien orientar el diagnóstico. Hansen, cuyo nombre es inseparable del de la lepra, descubrió en 1868 el bacilo específico de la enfermedad que con justicia lleva su nombre. El nombre científico de este gérmen es "mycobacterium leprae (Lehmann y Neumann), perteneciendo, al igual que el bacilo de la tuberculosis, con el cual tiene muchos puntos de contacto, a la familia de los gérmenes ácido-resistentes. Tiene, lo mismo que el bacilo de Koch, una cubierta cérea. Tiene la forma de un bastoncito muy delgado de extremidades afiladas y que en los tejidos se presenta en forma de pequeños grupos en los que, dice Marchoux, los bacilos están apretados unos contra otros al igual que los cigarrillos en una cajetilla. Estos grupos se desagregan con suma dificultad, cualquiera que sea el tratamiento histológico a que sometamos los tejidos. El bacilo de Hansen se tiñe más fácilmente que el bacilo de la tuberculosis. Sin embargo, cuando se trata de cortes de tejidos cuya alteración remonta muy lejos, la mayor parte de los bacilos no se tiñen. En la lepra, los bacilos son intraceculares y las células están reducidas a su cubierta y a un núcleo excéntrico representando precisamente lo que Daniellssen y Boeck consideraban como células en estado de degeneración grasosa. Según las últimas investigaciones, trátase de macrófagos llenos de parásitos, permitiendo esta comprobación solventar algunas dudas sobre la realidad de la teoría macrófagica tal como nos ha sido enseñada hasta hoy. Pero el macrófago no parece muy molestado con esta especie de simbiosis, lo cual depende probablemente de que el bacilo no es tóxico.

Llenas de este modo de parásitos las células, hácense fácilmente migradoras, constituyendo su reunión los tubérculos que se presentan debajo de la piel, que invaden las regiones vecinas de los troncos nerviosos y producen por compresión los fenómenos de la lepra anestésica que invaden las túnicas vasculares aumentándolas de volumen. Además, los bacilos circulan en la sangre, donde puede encontrárseles por medio del método de Joussel.

De modo que cuando en uno de estos tejidos encontramos ya algún bacilo leproso, ya sobre todo las agrupaciones tan características citadas, el diagnóstico resultará sumamente fácil. Pero si no los encontramos, cosa que en la lepra nerviosa es bastante frecuente, entonces será necesario apelar a otros medios de investigación. El suero diagnóstico, practicado por diferentes autores, tales como Bordet y Cengou, Fitner, Wassermann, etc., resulta muy amenudo negativo, por lo que no podemos fiarnos de él. El cultivo del microbio es muy difícil. Las inoculaciones practicadas en los animales y hasta en el hombre resultan estériles la mayor parte de veces. Vemos, pues, cuán difícil es el diagnóstico de la lepra en muchos casos, a pesar del empleo de los métodos de laboratorio.

Tampoco resulta muy claro lo referente al contagio y a la transmisión de la lepra. Sin embargo, conviene estudiar con algunos detalles lo que de ello sabemos, aún cuando no fuera más que para aplicar los datos conocidos a la profilaxia.

No debemos olvidar que la lepra es una enfermedad contagiosa y transmisible. Este hecho es indudable hoy, y es el que incita a los diferentes países a tomar contra esta enfermedad precauciones análogas a las que se toman contra otros contagios. Los hechos de transmisión van acomulándose, y todos los clínicos que han tenido ocasión de tratar leprosos saben a que atenerse con respecto a este punto. Debemos, pues, desechar, como desprovistas, de valor, las teorías que, según Hutchinson y Sticker, quieren atribuir al pescado el origen de la lepra. Pero debemos decir ahora como se transmite el contagio.

Ya hemos dicho que en Francia existían centros de leprosos al igual que se encuentran en muchos otros países, pero en los que la lepra, a pesar de causar un número de víctimas, queda limitada a una población muy exigua, no propagándose fuera de ella. Ello nos demuestra que la lepra es hereditaira o que, por lo menos, los niños de los leprosos nacen con una cierta predipsosición a contraer la enfermedad. Aparte de estas lepras atenuadas que no parecen ser peligrosas para los habitantes de estos países, los leprosos que habitan en todo el mundo, tienen, por el contrario, una forma del mal que se transmite fácilmente por contagio. Los leprosos difunden constantemente microbios al exterior, ya por su moco nasal, ya por su saliva, por su piel, hasta en los puntos en que está sana.

El moco nasal es una de las vías de propagación más peligrosas reconocida desde hace iiempo. Uno de nuestros compañeros, el Dr. Rousseau, está dispuesto a admitir que la lepra casi no se contrae más que entre las gentes que se suenan con los dedos. A no tardar, los bacilos son puestos en contacto con los alimentos, los objetos usuales, etc. Este modo de contagio si no es único por lo ménos es muy frecuente. Pero

diferentes autores han negado que la lepra se transmita de un modo tan sencillo, y por decirlo así, tan directo. Fúndanse, dice Marchoux, en el hecho de que es rara la lepra transmitida de uno a otro cónyuge, cosa que sería muy frecuente si el contagio fuera directo. De aquí que se haya buscado cuáles podían ser los caminos más o menos complicados de transmisión. El mismo autor formula las conclusiones siguientes: los insectos serían a menudo culpables de la inoculación de la lepra. Fúndase en su apoyo el hecho de que las lesiones de la lepra o por lo menos las más antiguas, aquellas que pueden ser consideradas como el comienzo de la enfermedad, residen a menudo en las partes descubiertas y por consiguiente expuestas a las picaduras de los insectos. Muchos observadores, entre los cuales debemos citar a Leloir. Noo, Hallopeau, Chantemesse, recriminan los mosquitos; Long y Sanders, las chinches; Mac' Coy y Glegh, los piojos; Wherry Leboeuf, las moscas; Jolly y Mugliston, los acaros de la sarna; Borrel, el "demodex folliculorum". Las estadísticas y las comprobaciones experimentales parecen venir en apoyo de esta manera de ver. Sin embargo, el modo de transmisión de la lepra es aún algo misterioso.

Dada la incertidumbre en que nos encontramos, Marchoux ha llevado a cabo un estudio detenido de la transmisión del mal, no ya en el hombre, donde es dificilísima de seguir, sino en la rata. En efecto, presenta ésta una lepra que si no es completamente idéntica a la del hombre, tiene con ella mucho parecido.

En efecto, entre ambas enfermedades existiría el mismo parecido y las mismas diferencias que entre la tuberculosis humana y la de los pájaros. No disponemos del espacio necesario para seguir paso a paso los notables trabajos de Marchoux sobre este punto. Digamos solamente que ha observado una gran frecuencia de la lepra frustrada en los ratones, lepra que es indiagnosticable por los procedimientos clínicos. Combinando lo que le ha señalado el estudio de la lepra de los ratones, con lo que sabemos de la lepra humana, deduce, por lo que se refiere a la transmisión, que los insectos no desempeñan más que un papel muy secundario. Quizás a veces sean vectores del bacilo, pero no son los agentes de inoculación.

El contagio tiene lugar por medio del contacto. De modo que parece ser que la lepra debería ser más frecuente de lo que es, pero cabe pensar que las formas frustradas de la enfermedad deben ser tan frecuentes en el hombre como en el ratón. No cabe duda que en muchos casos permanece ignorada en ellos durante mucho tiempo y quizás durante toda su vida. En este caso los ganglios linfáticos son los que desempeñan el papel de reservorio de los bacilos. Las observaciones de Sorel, Auché,

y otros muchos, demuestran la realidad de estas lepras no diagnosticables por el simple examen clínico.

Profilaxia.

Para demostrar la manera como debe ser comprendida la profilaxia de la lepra, no solamenete desde el punto de vista personal, sino sobre todo desde el punto de vista de una región amenazada, séanos permitido referir con algunos detalles las discusiones que han tenido lugar en Francia desde hace poco más de un año. De esta manera veremos que las medidas de profilaxia recomendables son verdaderamente severas y que, en definitiva, debemos volver a las precauciones algo draconianas que salvaron la Europa durante la Edad media, en cuanto recrudecen los temores para un país determinado. Para ser completa, es necesario añadir las precauciones de rigor contra toda enfermedad contagiosa. La limpieza parece debe ser siempre puesta en primer lugar en el código de la profilaxia, por cuanto la lepra se presenta sobre todo (pero no siempre) en los individuos mal cuidados, en los centros pobres en los que la higiene deja mucho que desear. Si admitimos la inoculación por los insectos tendremos un nuevo capítulo de profilaxia que no debemos descuidar.

En un informe sobre las epidemias presentado por Gaucher en Octubre de 1912, demostró en la Academia de Medicina de París hasta qué punto era urgente defender la Francia contra el peligro de la lepra, generalmente desconocida. Esta advertencia pasó casi desapercibida, no haciéndose caso de un peligro que no se presentaba amenazador. Fué solamente en Enero de 1914, que la administración de la Higiene pública resucitó la discusión, no solamente con la Academia de Medicina sino con las otras asociaciones científicas susceptibles de poder dar los consejos necesarios para hacer frente al peligro.

Algunos días antes, Blendeau, médico que ha estudiado a fondo este asunto, escribió un artículo en el cual repetía el grito de alarma de Gaucher. Para demostrar el peligro real que se iniciaba en nuestro país empleó una argumentación muy interesante, por cuanto demostraba las vías de propagación de la lepra en una nación de Europa, constituyendo por consiguiente un guía precioso para todas las naciones que, a su vez, están amenazadas de pagar un fuerte tributo al azote.

Existen en Francia, decía, algunos focos procedentes de la Edad media, pero que son poco peligrosos, Contra la raza de bacilos que allí se encuentran, estamos inmunizados dado el gran número de siglos que el mal exise. La enfermedad está, pues, en vías de extinción por falta de individuos susceptibles de contraerla. De la misma manera, durante

las cruzadas, había en Francia resto de lepra antigua, contra la cual la raza estaba vacunada por la acción del tiempo. Lo que aumentó la gravedad del mal traido por los cruzados fué el hecho de haber contraido éstos en aquellos remotos países una lepra producida por una raza de bacilos nuevos para ellos. De aquí la lepra leonina de la Edad media, contra la cual estamos inmunizados.

Pero el peligro está en otra parte. Reside en el posible contagio por los leprosos de Ultramar, invadidos a su vez por una raza bacilar contra la cual carecemos aún de medios de defensa orgánica. Este nuevo peligro nos viene de la Polinesia, donde los chinos importaron hace poco tiempo la lepra con una nueva raza bacilar. En la Polinesia los blancos que viven en calidad de colonos se contagian por contacto con los naturales del país. De regreso a Francia llevan consigo este bacilo polinésico, contra el cual deberemos luchar al igual que lo hicieron nuestros padres contra el bacilo occidental y más tarde contra el bacilo oriental. No cabe duda que nuestras armas de defensa son mejores porque conocemos la higiene mejor que nuestros abuelos. Pero no por ello el peligro deja de existir. No lo desdeñemos, pues de lo contrario nos veremos obligados a luchar con la tenacidad y la severidad de los habitantes de la Edad media que solamente advirtieron el peligro el día en que la difusión de la lepra fué tan grande, que se impuso como único método de lucha capaz de dar resultados satisfactorios, el aislamiento de los enfermos. A este propósito, Blendeau citaba algunos de las prescripciones en vigor en aquella época contra leprosos. Por ellas vemos que nuestros antepasados se daban perfecta cuenta de que la vía bucal, y para hablar con más propiedad, la alimenticia, era una de aquellas por las que el mal se introducía más a menudo en nuestro cuerpo, puesto que el reglamento de la leprosería de Troyes, decía textualmente: "Te prohibo comer o beber en otra compañía que la de los leprosos; te prohibo lavarte las manos, o lo necesario para tu uso corporal, en las fuentes y ríos, y si quieres beber debes recoger el agua en una vasija apropiada".

El 27 de Enero de 1914, Netter presentaba en la Academia un informe demostrando que en nuestro país la lepra presenta en algunos casos un caracter positivamente contagioso. Citaba observaciones referentes a individuos leprosos que nunca habían salido de Francia y que, por consiguiente, era indudable que habían contraido la enfermedad en nuestro territorio. Existen además, afirmaba, contagios debidos a casos importados, sobre los que no cabe duda ninguna. Debemos, pues, tomar medidas de precausión, siendo necesaria una ley especial. No abramos de nuevo las leproserías, decía, pero internemos los leprosos mendigantes, vagabundos, y en quienes no es posible exigir la limpieza y la higiene

indispensables. Cerremos nuestro territorio a los leprosos de Ultramar, y expulsemos los leprosos huéspedes que no quieran someterse a las medidas profiláticas exclusivamente higiénicas que debemos tomar. Con respecto a los otros, podemos contentarnos con vigilarlos imponiéndoles algunas precauciones, como por ejemplo, la prohibición de ejercitar algunas profesiones, y obligarles a declarar todo cambio de domicilio.

Pero Gaucher es de un parecer algo diferente. Para él es completamente inútil preocuparse de los pequeños focos autóctonos en los cuales la lepra ha perdido toda virulencia. Pero lo que constituye el peligro es la llegada a nuestro país de leprosos procedentes del extranjero y de nuestras colonias. Ahora bien, ya hemos visto que eran numerosas y contra los cuales no estamos protegidos. En apoyo de este modo de ver, cita hechos concluyentes. Hace observar que en el Hospital Saint Louis, de París, preséntanse de un modo regular en su visita, un cierto número de leprosos, a quienes no permite la hospitalización y que viven en casas de huéspedes. Estos enfermos, de vez en cuando, cambian de domicilio, sin que setome ninguna medida de desinfección. Por otra parte, un joven manifiestamente leproso ingresará a no tardar en uno de nuestros liceos para seguir sus estudios. Será, pues, necesario tomar precauciones sin tardanza, debiendo ser éstas severas. Como consecuencia de lo dicho pedía la expulsión de los leprosos franceses procedentes de las colonias. Esta última medida ya la había preconizado Besnier, y algunos países extranjeros no han titubeado en aplicarla. Si deseamos tener una prueba del rigorismo con el cual estos países combaten el contagio por la lepra lo encontraremos en la siguiente anécdota contada por Gaucher. Un leproso francés, hospitalizado en Francfor-surle-Mein, pide para salir del establecimiento donde estaba internado. "Saldréis cuando queráis—contestósele,—pero para regresar a Francia; y del Hospital Saint Louis envióse a Pagny-sur-Moselle un empleado para recibir el leproso en la frontera, de manos de los guardias alemanes.

Estas medidas radicales, propuestas por Gaucher, no fueron admitidas en la Academia de Medicina, la cual votó los siguientes extremos:

La lepra será inscrita entre las enfermedades cuya declaración es obligatoria.

Los leprosos serán sometidos, según los casos, ya a una vigilancia especial, ya al aislamiento.

El ingreso en territorio francés podrá ser prohibido a los leprosos extranjeros.

Una comisión especial dictaminará en cada caso.

Se tomarán medidas rigurosas para combatir la lepra en las colonias y en los países sometidos al protectorado de Francia.

Estos extremos son ya bastante interesantes, pero es de temer que resulten un poco anodinos. Benjamín había ya sostenido en la Academia las ideas y resoluciones de Gaucher. Es muy probable que dentro de poco sea necesario volver a insistir sobre este punto.

Este capítulo demuestra que la lucha contra la lepra debe ser organizada en cada país antes de que el azote se haya extendido, si deseamos evitar se repitan los desastres de la Edad media. En esta discusión encuéntranse ya los elementos de una profilaxia enérgica, cuyo punto principal estriba en el aislamiento que hace ya siglos nuestros predecesores habían considerado como el único medio eficaz.

Pero es seguro que la propagación de la higiene y de la vida sana y limpia cntribuirá por mucho a realizar el objeto deseado. De todos modos forma una parte integrante y principalísima del programa de lucha que todo país debe emprender contra la lepra inmediatamente que ésta le amenace.

"CONDUCTA ANTIPROFESIONAL" EN OHIO.

La enmienda que empezó a regir en Julio 26, modifica el Acta de la Práctica Médica en Ohio incluyendo las siguientes ofensas que pueden considerarse como casos de "groseramente antiprofesional, o mala conducta", que pueden castigarse por la revocación o suspensión del certificado:

1o. El empleo de cualquier gorrero, agente o fregonero con el fin de obtener pacientes; o subvencionar hoteles o casas de huéspedes con igual propósito; o la abtención de cualquier recompensa por asegurar que una enfermedad puedé ser curada.

2o. El revelar voluntariamente un secreto profesional. Pero un médico que sepa que una de las partes de un matrimonio concertado está padeciendo de una enfermedad venérea, e informe de ello a la otra parte, o al padre, hermano o tutor de ésta, no será sujeto a comparecer por traición del secreo profesional, ni estará sujeto a resarcimiento de daños por haber dado conforme a la verdad tal informe a la otra parte o al padre hermano o tutor de ésta.

3o. Todo anuncio de práctica médica en la cual se anuncien extravagantemente relatos destinados o tendentes a engañar o defraudar al público, o en donde se haga mención específica en tales anuncios de tu

berculosis, consunción, cáncer, enfermedades venéreas o de los órganos genito-urinarios.

4o. Tener conexión profesional con, o prestar el propio nombre a uno que practique ilegalmente la medicina.

5o. Cualquier división de honorarios o recompensas o convenio o arreglo para dividir honorarios o recompensas hecha por un médico o cirujano con otro o con otra persona.

Antes de haberse decretado esta enmienda el término "conducta anti-profesional" no había sido definida. Las únicas ofensas previamente mencionadas eran fraude en exámenes, perpetración de crimen o disposición al hábito de licores o drogas" en tal grado hasta hacer al médico incapaz para la práctica de la medicina o cirujía.

("The Journal".)

PRINCIPIOS DE MORAL MEDICA

CAPITULO I.

DE LOS DEBERES DE LOS MEDICOS PARA CON SUS ENFERMOS

RESPONSABILIDAD DEL MEDICO.

Sección 1a.—Toda profesión tiene por objeto principal los servicios que pueda prestar a la humanidad; la recompensa o ganancia metálica deben ser objeto de una consideración secundaria. La práctica de la Medicina es una profesión. La persona que la elige, asume la obligación de conducirse de acuerdo con estos ideales.

PACIENCIA, DELICADEZA Y SECRETO.

Sec. 2a.—La paciencia y la delicadeza deben caracterizar todas las acciones del médico. Las confidencias relativas a la vida individual o doméstica confiadas por un enfermo al médico, y los defectos de aptitud o faltas de carácter observados en los pacientes durante su asistencia médica, deben ser tenidos como un depósito, y nunca han de ser revelados, excepto cuando las leyes del Estado lo requieran imperativamente. Hay ocasiones, sin embargo, en las que el médico tiene que determinar por sí mismo si sus deberes para con la sociedad demandan o no de él que tome una acción definida para proteger contra una infección a un sugeto que goza de buena salud, si, en su carácter de médico, tiene noticias, adquiridas confidencialmente y confiadas a él como tal, acerca de alguna enfermedad comunicable a la cual una persona en salud está a punto de ser expuesta. En tal caso, el médico debe proceder como desearía que otro procediera con alguno de su propia familia en iguales circunstancias. El médico, antes de decidir su conducta, debe conocer las leyes de su país referentes a comunicaciones privilegiadas.

PRONOSTICO.

Sec. 3a.—El médico debe informar a las personas relacionadas con su enfermo acerca de las manifestaciones peligrosas de la enfermedad que éste presente. No ha de exajerar, ni disminuir la gravedad de la condición del enfermo. Debe asegurarse de que éste o sus familiares o amigos tienen el conocimiento necesario de las condiciones de la salud del paciente en tanto cuanto sea necesario para servir a los intereses de éste y los de su familia.

NO SE DEBE DESCUIDAR A LOS PACIENTES.

Sec. 4a.—El médico es libre de escoger a la persona a quien quiere servir; sin embargo, debe responder siempre a cualquier solicitud que se le haga en casos de emergencia, o cuando la opinión pública sensata espera el servicio. Una vez hecho cargo del caso, el médico no debe abandonarlo ni descuidarlo porque la enfermedad sea de las supuestas incurables; ni debe dejar el caso por ninguna razón hasta que le haya dado al paciente o a sus familiares noticia clara de su deseo de ser descargado de la asistencia, a fin de que al enfermo le sea dado conseguir otro médico que lo atienda.

CAPITULO II.

DE LOS DEBERES DE LOS MEDICOS ENTRE SI, Y PARA CON LA PROFESION EN GENERAL.

ARTICULO I.

DEBERES PARA CON LA PROFESION.

Sostener el honor profesional.

Sec. 1a.—Las obligaciones asumidas al entrar en la profesión requieren del médico que se conduzca como un caballero, y demandan que use todo medio honroso para sostener la dignidad y el honor de su vocación, para realzar su crédito y para extender su esfera de utilidad. El médico no debe basar su práctica en un dogma exclusivo, o en un sistema sectario, porque "las sectas son déspotas implacables; y aceptar su servidumbre es perder toda libertad para los actos y pensamientos propios". (Nicon, padre de Galeno.)

DEBERES PARA CON LAS SOCIEDADES MEDICAS.

Sec. 2a.—Con el fin de que la dignidad y el honor de la profesión médica puedan ser mantenidos, su buen nombre exaltado, su esfera de utilidad extendida, y el avance de la ciencia médica promovido, el médico debe asociarse con las sociedades médicas, y contribuir con su tiempo, energía y recursos al objeto de que esas sociedades puedan representar los ideales de la profesión.

COMPORTAMIENTO.

Sec. 3a.—El médico debe ser hombre íntegro, instruído en el arte de curar. Por consiguiente, debe mantenerse puro de carácter, y ajustar su conducta a un alto tipo moral, y ha de ser diligente y concienzudo en sus estudios. "Debe también ser modesto, sobrio, paciente, pronto a llenar sus deberes por completo, sin ansiedad; piadoso sin ir tan lejos que caiga en la superstición, debe conducirse con urbanidad en su profesión y en todos los actos de su vida." (Hipócrates.)

ANUNCIOS.

Sec. 4a.—Solicitar pacientes valiéndose de circulares y de anuncios, o por medio de comunicados, o entrevistas, que no estén justificadas por parentesco personal, no es profesional. Tampoco lo es procurarse enfermos por mediación de solicitadores o agentes de cualquier clase, o por anuncios indirectos, o propocionando o inspirando comentos en la prensa diaria, o en los magazines, relativos a casos en los cuales el médico ha estado o está interesado. Todo lo que parezca alabanza propia es contrario a la tradición, y rebaja el tono de toda profesión, y es por lo tanto intolerable. El mejor anuncio y el más efectivo, aún para los médicos jóvenes, y especialmente con sus compañeros, es conquistarse una bien merecida reputación de habilidad y fidelidad profesional. Esta no se puede forzar, sino que debe ser el resultado del carácter y de la conducta. La publicación y circulación de tarjetas simples, corrientes, profesionales, siendo un asunto de gusto personal o de costumbre local y algunas veces de conveniencia, no es *per se* impropio. Como debe suponerse, no sería profesional, no tener en cuenta las costumbres locales u ofender ideales reconocidos en la publicación o circulación de tales tarjetas.

No es profesional prometer curas radicales; alabarse de curaciones y de métodos de tratamiento y de remedios secretos, exhibir certificados de habilidad o de éxito en el tratamiento de enfermedades; o emplear cualquier otro método para ganarse la atención del público con el propósito de hacerse de pacientes.

PATENTES Y GAJES.

Sec. 5a.—No es profesional recibir remuneración por patentes de instrumentos quirúrgicos o de medicinas; aceptar descuentos en las prescripciones, o por aplicaciones quirúrgicas, o gajes de los asistentes que están ayudando al cuidado de los enfermos.

LEYES MEDICAS.—REMEDIOS SECRETOS.

Sec. 6a.—No es profesional en un médico ayudar a personas que no reunen las cualidades requeridas, a evadir las restricciones legales que gobiernan la práctica de la medicina; es igualmente inmoral prescribir o dispensar medicinas secretas u otros agentes curativos secretos, o manufacturar o promover su uso en cualquier forma.

PROTEGIENDO LA PROFESION.

Sec. 7a.—Ni por miedo, ni por favor, deben los médicos dejar de exponer ante los tribunales médicos o legales, la conducta corrompida o deshonesta de los miembros de la profesión. Todo médico debe ayudar a proteger la profesión contra la admisión de aquellos que son incapaces, o no están calificados a causa de una deficiente educación o de falta de carácter moral.

ARTICULO II.

SERVICIOS PROFESIONALES DE LOS MEDICOS ENTRE SI.

LOS MEDICOS DEBEN AUXILIARSE MUTUAMENTE.

Sec. 1a.—La experiencia enseña que no es prudente que un médico trate a los miembros de su familia o a sí mismo. Por lo tanto, todo médico debe siempre responder con gusto y gratuitamente, con sus servicios profesionales, al llamamiento de cualquier médico que practique en su localidad, o de algún miembro inmediato de la familia que dependa del médico.

COMPENSACIONES POR EXPENSAS.

Sec. 2a.—Cuando un médico es llamado de un punto distante, para tratar a otro o algún miembro de la familia de éste, y el médico a quien se presta el servicio está en una posición financiera satisfactoria, se debe dar al compañero visitante una compensación que, al menos, cubra los gastos de viaje. Cuando tal servicio requiera una ausencia del lugar en donde ejerce el médico llamado y que pueda razonablemente calcularse que envuelve para éste una pérdida pecuniaria, tal pérdida, en parte al menos debe tenerse en cuenta en la compensación que se le ofrezca.

SE DEBE ENCARGAR DEL CASO UN SOLO MEDICO.

Sec. 3a.—Cuando un médico o un miembro de su familia está seriamente enfermo, debe elegir un médico entre sus colegas convecinos para que se haga cargo del caso.

Otros médicos pueden ser asociados como consultantes, en el cuidado del paciente.

ARTICULO III.

DEBERES DE LOS MEDICOS EN LAS CONSULTAS.

SE DEBEN PEDIR CONSULTAS.

Sec. 1a.—En las enfermedades serias, especialmente en circunstancias dudosas o difíciles, el médico debe pedir consulta.

LAS CONSULTAS SON EN BENEFICIO DEL PACIENTE.

Sec. 2a.—En toda consulta es de primera importancia los beneficios que de ella ha de derivar el enfermo. Todos los médicos interesados en el caso deben ser francos y sinceros con el paciente y con su familia. La consulta no debe ser ocasión para falta de sinceridad, rivalidades o envidias y éstas no deben jamás permitirse entre consultantes.

PUNTUALIDAD.

Sec. 3a.—Es deber del médico, particularmente en las consultas, ser puntual en la asistencia. Cuando, sin embargo, el médico de çabecera o el consultante se haya retrasado contra su voluntad, el que llegue primero debe aguardar al otro un tiempo razonable, después del cual la consulta debe considerarse pospuesta.

Cuando el consultante ha venido de un punto lejano, o cuando por cualquier razón le fuera difícil reunirse otra vez con el méndico de cabecera, o si fuera el deseo del paciente, puede examinar el enfermo y enviar por correo su opinión escrita y bajo sello, al médico de cabecera. En estas circunstancias la conducta del consultante ha de ser especialmente discreta, pues debe recordar que está formando una opinión sin la ayuda del médico que ha observado el curso de la enfermedad.

PACIENTES DIRIGIDOS A UN ESPECIALISTA.

Sec. 4a.—Cuando un paciente es enviado a un médico que se dedica de un modo especial al cuidado de las condiciones de que se cree estar sufriendo aquél, y por cualquier razón el médico que está hecho cargo del caso no puede acompañar al enfermo, deberá enviar por correo al consultante o, si lo hace con el mismo paciente, bajo sello, una historia del caso junto con su opinión y líneas de tratamiento que ha seguido o tanto de ésta cuanto pueda servir al especialista; y tan pronto como el caso ha sido visto y estudiado, el consultante deberá dirigir al médico que tiene a su cargo el paciente un informe del resultado de sus investigaciones en el caso; ambas opiniones son confidenciales y deben mirarse como tales tanto por el especialista, como por el médico que le envió el paciente.

DISCUSIONES EN LAS CONSULTAS.

Sec. 5a.—Después que los médicos llamados en consutas han completado sus investigaciones acerca del caso, deben reunirse para discutir las condiciones y determinar el tratamiento que se debe dar al paciente. Ninguna opinión ni discusión acerca del caso debe darse delante del paciente o de sus amigos, excepto en presencia de todos los médicos consultantes o por común consentimiento; y ninguna opinión o pronóstico en que no hayan concurrido todos los consultantes en su conferencia, debe darse como resultado de las deliberaciones de los consultantes.

EL MEDICO DE CABECERA, RESPONSABLE.

Sec. 6a.—El médico de cabecera está a cargo del caso y es reponsable del tratamiento del paciente. Por lo tanto, él puede prescribir al paciente en cualquier tiempo y tiene el privilegio de variar el tratamiento acordado en la consulta, cuando, en su opinión, está justificado el cambio. Sin embargo, en la próxima consulta, él debe dar las razones que tuvo para apartarse del curso decidido en la conferencia previa. Cuando

ocurre una emergencia durante la ausencia del médico de cabecera, un consultante puede proveer a la emergencia y cuidado subsecuente del enfermo hasta la llegada del médico ed cabecera, pero no puede hacer más de esto sin el consentimiento del médico de cabecera.

CONFLICTO DE OPINIONES.

Sec. 7a.—Si el médico de cabecera y el consultante no pueden llegar a convenir en su manera de ver el caso, se debe llamar otro consultante a la conferencia o el primer consultante debe retirarse. No obstante, toda vez que el consultante ha sido llamado por el paciente para conocer su opinión, debe permitírsele que exponga el resultado de su estudio del caso al paciente o al pariente más inmediato de éste en presencia del médico de cabecera.

CONSULTANTE Y MEDICO DE CABECERA.

Sec. 8a.—Cuando un médico ha asistido un caso como consultante, no deberá convertirse en médico de cabecera durante aquella enfermedad del paciente, excepto con el consentimiento del médico que estaba hecho cargo del enfermo en la época de la consulta.

ARTICULO IV.

DEBERES DE LOS MEDICOS EN CASOS DE INTERVENCION.

DEBE EVITARSE LA CRITICA.

Sec. 1a.—El médico en su trato con el paciente bajo la atención de otro, debe observar el más extricto cuidado y reserva, no deberá hacer alusiones disimuladas relativas a la naturaleza y tratamiento de la enfermedad de que sufre el paciente ni debe su conducta tender directa o indirectamente a dismitnuir la confianza que se ha depositado en el médico de cabecera.

VISITAS SOCIALES A UN ENFERMO ASISTIDO POR OTRO MEDICO.

Sec. 2a.—Un médico debe evitar el hacer visitas sociales a aquellas personas que están bajo el cuidado profesional de otros médicos, sin conocimiento y consentimiento del médico de cabecera.

Si tal visita amistosa se hiciese, no debe inquirirse nada relativo a la naturaleza de la enfermedad, ni deberá tampoco hacerse comentario alguno acerca del tratamiento del caso; la conversación debe girar sobre otros motivos que no sean la condición física del paciente.

SERVICIOS AL ENFERMO DE OTRO MEDICO.

Sec. 3a.—Un médico nunca debe hacerse cargo o prescribir a un en-

fermo que está bajo el cuidado de otro médico, excepto en caso de emergencia, o cuando los otros médicos hayan abandonado el caso, o hayan sido propiamente despedidos.

EVITESE LA CRITICA.

Sec. 4a.—Cuando un médico sucede a otro en la asistencia de un caso, no debe hacer comentarios o insinuaciones concernientes a los medios puestos en práctica por el que le ha precedido. Tales comentarios o insinuaciones tienden a rebajar la estimación de paciente por la profesión médica y así reacciona contra el mismo crítico.

CASOS DE EMERGENCIIAS.

Sec. 5a.—Cuando un médico es llamado en un caso de emergencia, o para ver a un enfermo de otro médico a causa de una agravación de la enfermedad, y halla, que él ha sido requerido por no encontrarse a mano el médico de la familia, sólo debe recetar para atender a la inmediata necesidad y retirarse a la llegada del médico de la familia, después de haberle dado cuenta de la condición en que halló al enfermo y del tratamiento administrado.

CUANDO SON LLAMADOS VARIOS MEDICOS.

Sec. 6a.—Cuando varios médicos han sido llamados en un caso de súbita enfermedad o de un accidente, el primero que llega debe ser considerado como el médico de cabecera. Sin embargo, tan pronto como las exigencias del caso lo permitan, o a la llegada del médico reconocido de la familia, o del médico que el paciente desea que lo atienda, el primer médico debe retirarse en favor del compañero llegado, o elegido. Si el paciente o su familia desearen que se haga cargo del caso algún otro facultativo que no sea el de la familia, ellos deben informar a éste de su deseo. Cuando a causa de una súbita enfermedad o accidente, el paciente es llevado al Hospital, deberá volver al cuidado de su conocido médico de familia tan pronto como sus condiciones y las circunstancias del caso justifiquen este traspaso.

UN ENFERMO DE UN COLEGA.

Sec. 7a.—Cuando un médico es solicitado por un colega para cuidar de un paciente durante una ausencia temporal, o cuando, a causa de una emergencia, se le pide ver a un enfermo de un colega, el médico debe tratar al enfermo de igual manera y con la misma delicadeza que él deseara se usase con sus pacientes propios en similares circunstancias. El paciente debe ser entregado al cuidado del médico de cabecera tan pronto como sea posible.

ENTREGA DEL PACIENTE AL MEDICO DE CABECERA.

Sec. 8a.—Cuando un médico es llamado a ver el enfermo de otro médico durante la forzosa ausencia de éste, el paciente deberá ser entregado al médico de cabecera a su vuelta.

SUSTITUTOS EN CASOS DE OBSTETRICIA.

Sec. 9a.—Cuando un médico que esté atendiendo a una mujer de parto en ausencia de otro que había sido contratado para atenderla, debe entregar la paciente al último a su llegada; el médico tiene derecho a compensación por los servicios profesionales que pueda haber prestado.

ARTICULO V.

DIFERENCIAS ENTRE MEDICOS.—ARBITRAJE.

Sec. 1a.—En donde quiera que ocurra una grave diferencia de opinión entre médicos, que no pueda ser prontamente ajustada, debe referirrse la disputa para arbitraje a un comité de médicos imparciales, con preferencia a la Junta de Censores de una sociedad de condado de la Asociación Médica Americana.

ARTICULO VI.

COMPENSACION.—LIMITES DE LOS SERVICIOS GRATUITOS

Sec. 1a.—La pobreza del paciente y las obligaciones profesionales mutuas imponen los servicios gratuitos del médico.

Pero a instituciones dotadas por sociedades, y organizaciones de beneficio mutuo o de seguros por accidentes, enfermedades o de vida o para análogos fines, no debe acordársele tal privilegio.

CONTRATO DE PRACTICA.

Sec. 2a.—No es profesional en un médico disponer de sus servicios bajo condiciones que hagan para él imposible el dar un servicio adecuado a su paciente o que se obstaculice una razonable competencia entre los médicos de la comunidad. Hacer esto es en detrimento del público y del médico individualmente, y rebaja la dignidad de la profesión.

SE CONDENA LA DIVISION SECRETA DE HONORARIOS.

Sec. 3a.—Es en detrimento de bien público y degradante para la profesión y por lo tanto no es profesional el dar o recibir una comisión. Tampoco es profesional dividir honorarios por consejos médicos o tratamiento quirúrgico, a menos que el paciente o su amigo más íntimo esté perfectamente informado de los términos de la transacción. Al paciente debe hacérsele comprender que se deben pagar honorarios apropiados

al médico de la familia por los servicios que él presta decidiendo el tratamiento médico o quirúrgico adecuado a la condición y aconsejando lo concerniente respecto de aquellos mejor calificados para prestar cualquier servicio especial que pueda necesitar el paciente.

CAPITULO III.

DE LOS DEBERES DE LA PROFESION PARA COL EL PUBLICO.

LOS MEDICOS COMO CIUDADANOS.

Sec. 1a.—Los médicos, como buenos ciudadanos y a causa de su preparación profesional, están calificados especialmente para prestar sus servicios dando consejos concernienets a la salud pública de la comunidad. Ellos contribuirán por todos los medios a su alcance a dar vigor a las leyes y a sostener las instituciones que adelanten los intereses de la humanidad. Cooperarán especialmente, con las autoridades legítimas, a la administración de las leyes y reglamentos sanitarios.

Deben estar dispuestos a aconsejar al público en los asuntos relativos a policía sanitaria, higiene pública y medicina legal.

LOS MEDICOS DEBEN ILUSTRAR AL PUBLICO.

DEBERES EN CASOS DE EPIDEMIAS.

Sec. 2a.—Los médicos, especialmente aquellos encargados del trabajo de salud pública deben ilustrar al público en lo que se refiere a reglas cuarentenarias; en la situación, arreglo y dietarios de los hospitales, asilos, escuelas prisiones o instituciones similares; y en lo que concierne a las medidas para la prevención de enfermedades epidémicas y contagiosa. Cuando prevalece una epidemia, el médico debe continuar sus labores en el alivio del pueblo que sufre, sin cuidarse del riesgo que su propia salud y su vida corren o del resultado financiero de su trabajo. En toda época, es deber del médico notificar a las legítimas autoridades sanitarias constituídas, de cada caso de enfermedad contagiosa que cae bajo su cuidado, de acuerdo con las leyes, reglas y reglamentos de las autoridades sanitarias de la localiadd en donde el paciente reside.

ADVERTIR AL PUBLICO.

Sec. 3a.—Los médicos deben advertir al público contra las ardides puestos en práctica y las falsas pretensiones hechas por los charlatanes que pudieran causar daños a la salud y pérdida de la vida.

FARMACEUTICOS.

Los médicos deben reconocer y elevar la profesión de farmacéuticos con su legítima protección; pero cualquier farmacéutico, a no ser que esté calificado como médico, que se arrogue el prescribir a los enfermos.

se le debe negar tal protección y apoyo; además, toda vez que un droguista o farmacéutico dispense drogas deterioradas o adulteradas o sustituya un remedio por otro designado en la prescripción, con esto pierde todo título a la consideración favorable del público y del médico.

CONCLUSION.

Aunque las anteriores declaraciones expresan de un modo general los deberes del médico para con sus pacientes, para con los demás miembros de la profesión y con la profesión en general, tanto como de la profesión para con el público, no debe suponerse que ellas cubren el campo total de la ética médica y que el médico no tiene más obligaciones que las expuestas. En una palabra, es lo propio del médico que en cualquier circunstancia, su actitud con los pacientes, el público y sus compañeros esté caracterizada por un comportamiento caballeroso y que actúe con los demás como él desea que actúen con él. Finalmente estos principios son antes de todo para beneficio del público, y su cumplimiento debe hacerse de tal modo que merezca y reciba la aprobación de la comunidad.

INFORME GENERAL DE LOS TRABAJOS EFECTUADOS EN EL CUARTO DE SOCORROS DE PUERTA DE TIERRA. DE ENERO A JUNIO 30, 1915.

Accidentes y operaciones de urgencia:

Circuncisión	2
Paracentesis	2
Dilatación de absceso	1
Heridas inciso contusas	13
Pacientes que no demostraban lesiones	3
Asfixia por calor	1
Envenenamiento por creso	1
Envenenamiento por sublimado	2
Asfixia por cuerpo extraño	2
Fractura de la clavícula	1
Fractura del cartilago de la séptima costilla	11
Herida de bala	1
Pacientes sin clasificar	6
Contusiones internas	4
Heridas por desgarre	32
Fractura de las vértebras	2
Histerismo	3
Hemorragia umbilical	1
Indigestión aguda	1
Embriaguez	3
Extracción de uña	1
Herida inciso punzante	5
Erosiones	47
Mordeduras	14
Cuerpos extraños	3
Envenenamiento por estricnina	1
Quemaduras	25
Envenenamiento por petróleo	1
Dislocación extremidades superiores	5
Heridas punzantes	43
Dislocación extremidades inferiores	1
Fractura de las extremidades inferiores	3
Heridas incisas	110
Fracturas extremidades superiores	7
Contusiones	217
Heridas contusas	159
TOTAL	724

El record de accidentes se presenta en este informe por lesiones y no por personas, habiendo casos en que un mismo individuo tenía seis y hasta siete de aquéllas.

RESUMEN DE LOS ACCIDENTES CLASIFICADOS POR OFICIOS Y PROFESIONES:

Pintores	4	Chauffeurs	13	Escolares	59
Herreros	2	Policía Insular	2	Carpinteros	20
Bomberos en serv.	4	Militar	1	Marinos	3
Tabaqueros	21	Plomeros	2	Agricultor	1
Propietarios	3	Pescador	1	Albañiles	3
Barberos	4	Cuadrero	1	Ebanista	1
Empleados	18	Cocineros	2	Sin oficio	12
Niños	102	Lavanderas	3	Zapateros	2
Engrasador	1	Industriales	33	Mecánico	1
Tonelero	1	Domésticos	85	Tipógrafo	1
Niñas	41	Jornaleros	166	Conductores	2
Vulcanizador	1	Despalilladoras	3	Dulcero	1
Panaderos	7	Dependientes	4	Sombrerero	1
Boticario	1	Jokey	1		
Total	210	Total	317	Total	107

TOTAL DE TOTALES 634

CLASIFICADOS POR RESIDENCIAS:

Parada 2 ½	4	Parada 6	66	San Juan	33
Parada 3	34	Parada 6 ½	58	Santurce	28
Parada 3 ½	24	Parada 7	92	Transeuntes	9
Parada 4	46	Parada 7 ½	36	Desconocidos	12
Parada 5	58	Parada 8	8	Salsipuedes	37
Parada 5 ½	72	Cataño	7		
Total	238	Total	277	Total	119

TOTAL DE TOTALES 634

RESUMEN DE LAS CURACIONES EFECTUADAS EN EL CUARTO DE SOCORROS DURANTE LOS MESES DE ABRIL A JUNIO:

Número de pacientes tratados	486
Curaciones efectuadas	1.472
Promedio por día	16.2
Promedio por mes	490
Varones	334
Hembras	154
Curados radicalmente	263
Dados de baja por abandono de tratamiento	48
Siguen en tratamiento	175
Operaciones de cirujía menor	67
Enfermos visitados a domicilio durante el semestre de Enero a Junio	2.670
Enfermos visitados a domicilio más de una vez	675
	1.995

Estas cifras pertenecen a ambos Distritos: No. 1 y No. 2, repartidas como sigue:

Visitados por el Dr. Fernández Náter	1.101
Visitados por el Dr. A. Martínez Alvarez	1.569
Total	2.670

INFORME ESPECIAL DEL PRIMER DISTRITO DE PUERTA DE TIERRA.

Número total de enfermos visitados a domicilio 1.569

Se clasifican en la forma siguiente:

EDAD:

De menos de un año......	64			
" 1 a 10......	207			
" 11 a 20......	104			
" 21 a 30......	168			
" 31 a 40......	105			
" 41 a 50......	58			
" 51 a 100......	76	Total.......	772	
Sin clasificar:				
Hombres	47			
Mujeres	75	Total.......	122	
Enfermos que han sido visitados más de una vez....			675	 1569

POR RESIDENCIAS:

De la Parada 2 ½.......	3			
" " 3	87			
" " 3 ½.......	28			
" " 4	168			
" " 5	185			
" " 5 ½.......	284			
" " 6	5			
" " 6 ½.......	5			
" " 7	1			
" " 7 ½.......	4			
Salsi-puedes	2	Total.......	772	
Número de enfermos por residencias			772	
Número de enfermos sin clasificar			132	
Número de enfermos visitados más de una vez.....			675	 1569

NOTA:—El Distrito propiamente comprende desde la Parada 1 a la Parada 5 ½. Aquellos enfermos que se encuentran incluídos en las Paradas 6, 7, 7 ½ y Salsi-puedes, han sido visitados extra-oficialmente.

INFORME DE LOS DIAGNOSTICOS DE LOS ENFERMOS VISITADOS EN EL PRIMER DISTRITO DESDE ENERO A JUNIOI DE 1915.

Sin clasificar			122
Gastro enteritis			115
Gastritis			25
Salpingo ovaritis			10
	Comprobada	8	
Tifoidea:		Total	13
	Sin comprobar	5	
Abscesos			23
Pleuresía			1
Enteritis			18
	Comprobada	8	
Tuberculosis:		Total	39
	Sin comprobar	31	
	Especial	13	
Asma:		Total	16
	Refleja	3	
Gonorrea			6
Grippe			41
Bronquitis			69
Difteria; no se comrobó			1
Artritis aguda			19
Ascarides lumbricoides			21
Apendicitis			6
Linfagitis			11
Sífilis			7
Sprue			9
Insuficiencia Mitral			4
Uncinaria			4
Quemaduras			3
Abscesos de la glándula de Bartolini			1
Otitis media supurada			2
Foruncolosis			1
Fiebre puerperal			4
Vulvo-vaginitis química			1
Pruritus vulvas			1
Pneumonía			1
Hemorroides			5
Partos			12
Insuficiencia aórtica			1
Neoplasia del ovario (benigna)			1

Endometritis		1
Ulceras		7
Estreñimiento pertinaz		5
Amigdalitis aguda		4
Edema del pene		1
Artritis crónica		1
Dermatitis		3
Enfermos sin diagnóstico		69
Filariasis: Comprobada	6	
Filariasis: Total		32
Filariasis: Sin comprobar	26	
Afta		1
Demencia (sin clasificar)		1
Torticolis		2
Neurastenia		1
Bronco-pnemonía		2
Faringitis		1
Escabiosis		2
Metrorragia de causa desconocida		2
Urticaria		1
Ovaritis		3
Vulvo-vaginitis genococica (niñas)		2
Ascitis de orígen desconocido		1
Neoplasia del bazo		1
Eczema de la mama		1
Bocio exolftálmico		1
Cuerpos extraños: En el esófago	1	
Cuerpos extraños: Total		2
Cuerpos extraños: En el ano	1	
Amebiasis (sin comprobar)		6
Ulceras del estómago		3
Auto-intoxicación intestinal		1
Varicella		2
Epilepsia		1
Dolores post-partum		4
Tos ferina		2
Tuberculosis osea		1
Neuralgia		3
Erisipela		7
Malaria (sin comprobar)		4
Arterio esclerosis		13
Estrechez uretral		1
Carcinoma		2
Dismenorrea		4
Neuralgia post-gripal		1
Absceso mamario		1

Colelitiasis	4	
Histerismo	7	
Traumatismo	10	
Enfermedad de Addison	1	
Adenitis cervical sifilítica	1	
Hemotisis	2	
Hemorragia umbicular	1	
Oftalmia neo-natorum	4	
Infección intestinal de origen desconocido	1	
Espasmo muscular tetánico	1	
Cistitis	2	
Nefritis crónica	6	
Proctitis química	1	
Meningitis	1	
Abortos	3	
Cirrosis hepática	1	
Dacriocistitis supurada (doble)	1	
Laringitis	1	
Sífilis del sistema nervioso	1	
Pruritus senilis	1	
Dilatación del estómago	1	
Orquitis filariásica	3	
Orquitis gonococica	1	
Delirium tremens	1	
Endocarditis	1	
Meningocele	1	
Diabetis mellitus	1	
Adenitis cervical escrofulosa	1	
Traumatismo de la vulva	1	
DIAGNOSTICOS DOBLES O TRIPLES:		
Escabiosis y bronquitis	1	
Uncinaria y tifoidea	1	
Gastro enteritis y bronquitis	2	
Estreñimiento y ascarides lumbricoides	1	
Gastro enteritis ascarides lumbricoides y bronquitis	1	
Uncinari, escabiosis y probable tuberculosis pulmonar	1	
Neurastenia y parásitos intestinales (asc. lumb.)	1	
Colecistitis y colelitiasis	1	
Neurastenia e hipertrofia de la prostata	1	
Hipertrofia de la prostata y cistitis	1	
Filaria aguda y parto	1	
TOTAL DE DIAGNOSTICOS	894	
Total de enfermos visitados más de una vez	675	
Total de diagnósticos	894	1569
Total de visitas hechas a domicilio de Enero a Junio		1569

NECROLOGIA

El Dr. C. J. Finlay.

La ciencia médica tiene que lamentar la pérdida de uno de sus más ilustres representantes, el Dr. C. J. Finlay, que murió en la Habana el día 20 de Agosto a la edad de 82 años.

El nombre del Dr. Finlay está ligado a una de las conquistas más importantes de la investigación científica. Su teoría de que una cierta especie de mosquito era la responsable de la propagación de la fiebre amarilla, fué por primera vez expuesta ante la Real Academia de la Habana en 1881. Cinco años más tarde insistió en su teoría en un artículo publicado en el "American Journal of the Medical Sciences" y tres años después en el "Medical Record". Sus conjeturas se vieron confirmadas por la comisión del gobierno americano designada para estudiar este asunto, del cual se han derivado las numerosas y favorables consecuencias que nos son conocidas como resultado de la desaparición de la fiebre amarilla de Cuba, de Puerto Rico y de Panamá.

El Dr. Finlay se graduó en Filadelfia en Jefferson Medical College en 1855. Su vida ha sido una de labor fecunda en bien de la humanidad doliente. Su patria, Cuba, le honró nombrándole para distintos cargos oficiales relacionados principalmente en el trabajo sanitario de la isla hermana.

La Asociación Médica de Puerto Rico, por medio de su órgano el BOLETIN, envía a Cuba el testimonio de su condolencia por la pérdida de su ilustre hijo.

El Dr. Jacobo Caldelas.

En los últimos días de Agosto pasado dejó de existir el venerable y prestigioso Dr. don Jacobo Caldelas. Vino de España precedido de una merecida fama de Cirujano que aquí justificó más de una vez en el campo de sus actividades profesionales, aunque limitadas casi al "Auxilio Mutuo" del cual era Director técnico.

Sus condiciones de caracter le captaron, como particular, numerosos amigos que demostraron el aprecio en que le tenían en vida, haciendo una gran demostración de duelo la tarde de su entierro.

Desde su llegada al país fué un miembro consecuente de la Asociación Médica, la cual envió una representación de su seno al sepelio del cadaver del reputado doctor.

La Sociedad puertorriqueña y la Colonia espeñola han sufrido la pérdida de un hombre inteligente y laborioso.

Enviamos nuestra sentida condolencia a sus deudos.

El Dr. Atilio Gastambide.

A principio del mes actual dejó de existir el Dr. don Atilio Gastambide, Sub-Director de Sanidad, médico distinguido y persona que disfrutaba de buena reputación por la bondad de su caracter.

Enviamos a la familia del finado, la expresión de nuestra condolencia.

Dr. F. Vázquez Colón.

De Manatí nos llega la noticia de la muerte de otro compañero de profesión, que sucumbe dejando un nombre honorable como ciudadano y como médico.

Envíamos a sus familiares nuestro sentido pésame.

NOTAS OFICIALES

Conferencias Científicas de la Asociación Médica del Distrito Norte.

El 9 de Septiembre, en el salón de la Asociación, llevose a cabo dos conferencias científicas a cargo de los doctores Belaval y Glines.

El Dr. Belaval presentó ante la asamblea sus notas clínicas acerca de cuatro casos de presentaciones de caras, tenidos por él en el Hospital Municipal.

Su trabajo, claro y acabado. con consideraciones prácticas de suma importancia para esos casos, fué del agrado de los concurrentes, siendo muy aplaudido al terminar su interesante conferencia.

El Dr. Glines nos leyó un trabajo de ocho casos de vesiculitis seminal, non-gonorreal, siendo también felicitado.

Después de discutido ligeramente los temas presentados, el Dr. Gómez Brioso—que presidió la sesión—volvió a traer sobre el tapete los muchos asuntos que atañen directamente a la profesión y que la Asociación Médica de Puerto Rico se propone estudiar y presentar al Gobierno de la Isla.

Casi todos los señores médicos presentes demuestran gran interés en los asuntos presentados, por lo que se espera un éxito que corone los esfuerzos de la Asociación por el bien general de la clase médica de nuestra Isla.

Como homenaje a la memoria del ilustre cubano, fallecido últimamente, Dr. Finlay, descubridor de la teoría de la trasmisión de la fiebre amarilla por el mosquito stegomyic fasciata, la Asamblea, por moción del

Dr. López Sicardó y secundado por el Dr. Ashford, acordó enviar un cablegrama de condolencia a Cuba por tan sensible e irreparable pérdida. Así mismo fué acordado expresar el pésame de la Asociación por el reciente fallecimiento del Dr. Jacobo Caldelas, Director del Auxilio Mutuo, y del Dr. Atilio Gaztambide, Sub-Director de Sanidad.

Asistieron al acto los doctores Perea Fajardo, Gómez Brioso, Avilés, Gutiérrez Igaravídez, Fernández Náter, Biamón, Ashford, Babcock, Giuliani, López Sicardó, Barreiro, Marques Torres, Glines, Belaval, Toro y Laugier.

La próxima conferencia estará a cargo del Dr. Rivero, de esta ciudad, en la que presentará sus notas clínicas en un caso de micosis laríngea tratado por él.

ASAMBLEA ANUAL DE LA ASOCIACION

Tendrá lugar la Asamblea anual de Asociación Médica de Puerto Rico, en el mes de Diciembre próximo, en la ciudad de San Juan.

Se espera que será una sesión muy concurrida, en la cual se presentarán trabajos importantes por algunos distinguidos asociados.

JUNTA DE MEDICOS EXAMINADORES

Esta Junta celebrará exámenes regulares para Médicos, Osteópatas, Practicantes, Comadronas, Enfermeras y Optómetras, en su oficina Allen 3. (Palacio Rojo), del 5 al 15 de Octubre próximo, en el orden siguiente:

Médicos y Osteópatas, días 5, 6, 7, 8 y 9.

Practicantes y Comadronas, días 11 y 13.

Enfermeras y Optómetras, días 14 y 15.

Las solicitudes y demás documentos que se exijan a los aspirantes, así como los derechos de exámenes, serán enviados al Secretario de la Junta, desde esta fecha hasta el 26 del actual, en que expira el plazo para admisión de los mismos.

Impresos de solicitud e informes sobre exámenes, serán suministrados a quien los pidiere en la oficina arriba citada.

Dr. M. Quevedo Báez,
Secretario.

Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

1916.

Presidente: Francisco del Valle Atiles, M. D.,
San Juan, P. R.

Vice Presidente: Víctor Gutiérrez Ortiz, M. D.,
Ponce, P. R.

Tesorero: Jacinto Avilés, M. D., San Juan, P. R.

Secretario: José Belaval, M. D., San Juan.

CONSEJO

Bailey K. Ashford, M. D., San Juan, P. R.

Mariano Rovellat, M. D., San Juan, P. R.

Pedro Gutiérrez Igaravídez, M. D., San Juan, P. R.

Editor del Boletín: Francisco del Valle Atiles, M. D.,
San Juan, P. R.

Editores Auxiliares: Jacinto Avilés, M. D.,
San Juan, P. R.

José S. Belaval, M. D.

José S. Belaval, M. D.,

SUMARIO

Páginas

Revista del año.—*Dr. Francisco del Valle Atiles* ---------- 227

The Einhorn duodenal Tube.—*Dr. Lyman W. Crossman* ---- 231

Micosis de la faringe.—*Dr. Francisco H. Rivero* ---------- 234

Fundamentos Clínicos Antiguos sobre la Fiebre amarilla.—*Dr. M. Quevedo Báez* ---------- 242

Noticias, Notas y Lecturas sobre la fiebre amarilla.—*Dr. M. Guzmán Rodríguez* ---------- 254

Citología del esputo.—*Dr. Salvador Giuliani* ---------- 261

Resultados ulteriores de la Ventro Suspensión del Utero.—*Dr. Jacinto Avilés* ---------- 265

La Cirujía de las vías biliares.—*Dr. Rafael Vélez López* ---- 270

Algunas consideraciones acerca de fenómenos cerebrales de orden meníngeo, observados en niños afectados de infección palúdica álgida.—*Dr. Jesús Monagas* ------- 272

NOTAS OFICIALES ---------- 282

Reunión de la Asociación Médica del Distrito Norte --- 283

Reunión de la Cámara de Delegados en la Asamblea Anual de 1915 ---------- 289

Sesión Académica de la Asociación Médica en la Asamblea Anual de 1915 ---------- 299

Indice de los trabajos publicados en el BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO, durante el año 1915 307

BOLETIN
DE LA
Asociacion Medica de Puerto Rico.
ORGANO OFICIAL

PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XI **DICIEMBRE 1915** **NUMERO 109**

REVISTA DEL AÑO.

POR EL DR. FRANCISCO DEL VALLE ATILES.

La Asociación Médica de Puerto Rico cree poder presentar, durante el año que termina, un balance a favor de sus actividades en el terreno científico ya en forma de trabajos originales, publicados en el BOLETIN de la Sociedad, ya de conferencias y disertaciones acerca de temas médicos de interés, en las asambleas mensuales que celebraron las Asociaciones de Distrito.

Tenemos fé en que cada día se irán comprendiendo mejor los altos fines que persigue la Asociación, y que el número de sus socios crecerá hasta el máximo, de acuerdo con el de médicos que practican en la isla.

La Asociación Médica de Puerto Rico está dando señales de un próximo desarrollo, digno del país y del objeto que ella procura; la juventud médica que llega de los Estados Unidos se une a los antiguos sostenedores de la Sociedad, prestándole su valioso concurso. El ingreso de estos entusiastas jóvenes médicos en la Asociación, es indicio de vida renovada con las ideas frescas y energías de los nuevos hijos de Esculapio.

* * *

Durante el último trimestre del año hemos asistido al nacimiento oficial de la Academia de Medicina, organismo cuya inauguración, celebrada en la Universidad, fué un acto solemne.

La Asociación Médica de Puerto Rico, que cuenta entre los académicos a algunos de sus socios, se complace en él advenimiento de esta institución, cuya finalidad es también el progreso de las ciencias médicas.

No embargante la existencia de la Asociación Médica, la Academia puede vivir vida robusta, ya independientemente, ya llegando

a ser, como es de esperarse que sea con el tiempo, tan hermana de aquella, que se confudan ambas en la realización del supremo objeto que las informa, o sea de que Puerto Rico figure en el mundo, entre los pueblos de cultura médica indiscutible.

* * *

Las condiciones respecto a la salud pública del país han sido satisfactorias durante el año. La oficina de Sanidad merece pláceme por su trabajo eficiente; los merece tanto más, cuanto que los recursos puestos a su disposición han sido bien restringidos por exigencias económicas.

De vez en cuando hubo rumores de la existencia de enfermedades epidémicas graves, tales como la viruela y la fiebre amarilla, más por fortuna no se confirmaron tales rumores.

El caso de viruela denunciado, resultó ser un simple eczema impetiginoso extenso; y los supuestos de fiebre amarilla, después de estudiados concienzudamente por la Junta Insular de Sanidad y por otros médicos de la población y del Servicio de Sanidad Marítima, así como por la Asociación Médica, y Comisionados Norte Americanos y Cubano resultaron negativos.

Coincidieron estas aprehenciones respecto a la fiebre amarilla con la presentación de casos de dengue, algunos atípicos, y de fiebres parecidas, de tres, cinco y siete días, que también, han ocurrido en Cuba: estas últimas no habían sido observadas, muy frecuentemente en Puerto Rico. La discrepancia de diagnóstico entre el médico sostenedor de la existencia de la fiebre amarilla, y los que la negaron se mantuvo dentro de la más extricta cordura profesional.

Parte del público lego creyó llegado el momento de presenciar una escena parecida a la de los médicos del "Rey que rabió"; pero hoy en medicina se hila un poco más delgado que en aquellos tiempos, y los discrepantes tenían a su disposición mayores fundamentos científicos y medios de comprobación de la verdad, de los que antes se disponía.

En cuanto a las fiebres de tres, cinco y siete días, hay que tener en cuenta que son entidades morbosas imperfectamente diferenciadas, que ofrecen serias dificultades de diagnóstico durante su primer período, pudiéndose confundir, entre otras enfermedades, con el dengue, influenza, tifoidea, etc. Manson creía probable que estas fiebres fuesen pertenecientes al grupo de las incluídas bajo el tér-

mino comprensivo de fiebres simples, si bien luego se ha visto que constituyen entidades con caracteres propios.

E. R. Etiff dice que la fiebre de tres días se considera dependiente de un virus que se encuentra en la sangre de los pacientes, y que la enfermedad parece ser trasmitida por el "Phlebotomus Papatassii", de la familia de los "Psychodidas". Estas, así como las de seis y siete días las comprende bajo el título común de "Fiebres parecidas al dengue."

Debemos recordar que el curso rápidamente ascendente de la fiebre, su terminación a veces por crisis, así como las remisiones, son comunes a las temperaturas del dengue, fiebres de tres y siete días, fiebre amarilla y otras. Por lo demás no es la primera vez en la historia de la Medicina que se han declarado como de fiebre amarilla casos que no lo eran. Así, leemos en las "Lecciones Clínicas sobre las Enfermedades de Hígado", del Dr. C. Murchison: "La ictericia es un síntoma bastante común de la fiebre recurrente de la Gran Bretaña y de Irlanda; la frecuencia de esta complicación y también de los vómitos negros, ha hecho confundir muchas veces la "fiebre recurrente" con la "fiebre amarilla". En 1826 Graves y Stokes publicaron un informe sobre la "fiebre amarilla de Dublín", y el capítulo XXI del primer volúmen de las incomparables "Lecciones clínicas" de Graves se titula "Fiebre Amarilla de las Islas Británicas".

Todos los autores admiten en la actualidad, que los enfermos citados por dichos médicos, eran casos de "fiebre recurrente" o de "famina" complicados con ictericia y síntomas celebrales; y ya en esa época O'Brien las distinguió de la verdadera "fiebre amarilla". La epidemia que reinó en Escocia en 1843 fué también considerada por gran número de sus más distinguidos observadores como de la misma índole, sino completamente idéntica con la "fiebre amarilla;" y hasta se llegó a imaginar que había sido importada de las Indias Occidentales a Glascow por los buques mercantes, aunque en realidad reinó en el E. de Escocia mucho antes de que apareciera en Glascow. Existen, en verdad, grandes analogías entre las formas más graves de la fiebre recurrente complicada con ictericia y demás síntomas tifoideos, y la fiebre amarilla.

Por su parte Orgeas se expresa así, a propósito de las fiebres complicadas de tinte ictérico de los trópicos: "Bajo el nombre de "Fiebres biliosas inflamatorias" se las ha querido unir a la infección amarilla. Es necesario confesar que no existen caracteres diferenciales marcados, sobre todo en los recién llegados, entre las fiebres

biliosas esporádicas y las formas ligeras de la fiebre amarilla epidémica. "No le falta a la fiebre inflamatoria para ser fiebre amarilla sino la causa epidémica".

Ahora bien, un hecho se desprende de esta controversia, y es la importancia que tiene la creación del Instituto de Medicina Tropical, hoy existente, para el estudio y clasificación de las pirexias de Puerto Rico. Tal estudio., claro es, que no es esclusivamente trabajo de laboratorio; a este debería estar anexo un hospital para que la clínica y el laboratorio se completaran.

Y en lo que dice relación con la parte práctica que podemos sacar de este acontecimiento, la primera deducción que surge es la necesidad de proveer medios para llevar a cabo una campaña contra los mosquitos, ya que la observación y la experiencia han demostrado que ellos mantienen una morbilidad innecesaria. Ni la fiebre amarilla, ni el paludismo, ni el dengue, ni la filaria son enfermedades inevitables. La cuestión es de un anticipo de dinero, que se recobrará con una más alta producción, evitando que los productores de la riqueza pública se vean incapacitados, a causa de alguna de esas dolencias que los mosquitos se encargan de trasmitor al hombre.

La discusión acerca de la existencia de la fiebre amarilla, nos ha proporcionado la satisfacción de que fueran nuestros huéspedes, aunque por muy pocos días, el Dr. Gorgas, Cirujano General del Ejército de los EE. UU., el doctor Carter, Cirujano General Auxiliar del Servicio de S. P. de los EE. UU. y el doctor M. Lebredo, del Servicio Sanitario de Cuba, todos bien conocidos en el mundo científico médico. Representaciones de las distintas corporaciones médicas de Puerto Rico dieron la bienvenida a estos dstinguidos hombres de ciencia, a los cuales reiteramos la expresión de nuestra simpatía, lamentando, con todo el cuerpo médico de San Juan, que el corto tiempo que permanecieron aquí no hubiera permitido hacerles mayores demostraciones de confraternidad.

* * *

La Asociación, celebró su Asamblea anual reglamentaria con asistencia escogida y numerosa de miembros; del número de trabajos científicos presentados, y de su labor económica y legal, damos cuenta por separado.

Puede asegurarse que ninguna otra Asamblea médica de las celebradas hasta hoy ha superado en interés científico y en confra-

ternidad profesional a la que ha cerrado el período anual, en los días 11, y 12 de Diciembre último.

Cuantos tuvieron la oportunidad de asistir a las sesiones de la Asamblea y al animado banquete dado en el Teatro Municipal, conservarán grato recuerdo de éste acto.

THE EINHORN DUODENAL TUBE. (1)

A DESCRIPTION OF ITS PRINCIPLE, THE TECHNIQUE, ITS INDICATIONS AND USES, AND A REPORT OF TWO CASES.

BY LYMAN WEEKS CROSSMAN, M. D., Ponce, P. R.

Director St. Luke's Memorial Hospital.

I am pleased to have the honor of reading a paper before this Medical Society of Porto Rico, District of the South.

For a detailed description of the original duodenal apparatus, you are referred to the articles written by Dr. M. Einhorn of New York City. For our porposes, it is very easy to prepare a tube which will serve to carry food from the outside to the duodenum without causing the stomach to enter into the process of digestion. Procure a tube 1/8 inch diameter of a soft rubber, 4 feet long and weight it at one end large shot, six or eight sufficient sealing the tube immediately above and below the shot with collodion, two small holes are cut in the sides of the tube, 1/2 inch apart and the lower one, an inch above the weight. The upper or buccal end may have a syringe attached, the latter with a three way stop cock attachment being the most satisfactory. Because the tube is small and of a soft rubber, its presence in the throat or stomach does not annoy the patient and may be kept in place for two weeks with no discomfort.

The technique. Knowing that the distance from the teeth to the cardiac orifice of the stomach ir sixteen (16) inches, between the cardiac and pyloric openings is three (3) to five (5) inches, and the length of the duodenum eight (8) to eleven (11) inches, we must allow about thirty (30) to thirty three (33) inches from the lips to the duodenal end of the tube, which will alow for some sagging down of the tube in the stomach. After the tube has been thoroughly

(1) Read before the Southern Medical Society of Porto Rico, July 14, 1915.

washed, the weighted end is lubricated with glycerin and the patient asked to swallow the distal end which is placed on the back of the tongue. There is seldom any discomfort from gagging. When the desired length of tubing has been swallowed, the patient is put to bed and kept on his right side, this position favoring the passage of the tube through the pylorus. Usually two or three hours are necessary for the tube to reach the duodenum, although Einhorn states that one of his cases required thirty-six (36) hours. To prove that the duodenum has been reached, bile or the alkaline contents of the doodenum can be syringed out. It is more comfortable for the patient to have the tube long enough to be wound aroud his neck and tied than to have the end clamped.

Indications and uses. (1.) Ulceration of the stomach or duodenum. (2). Gastric dilatation without organic obstruction (marked atony, with or without pylorospasm. (3). Inoperable carcinoma of the stomach and cardia without stenosis. (4). In moderate beningn strictures of the pylorus or duodenum. (5). Nervous vomiting of pregnancy. (6). In diseases of the liver to limit the blood supply to the portal vein. (7). In certain diseased conditions of the heart, duodenal feeding is very beneficial when other means of alimentation cause serious symptoms. (8). Subnutrition either because of lack of appetite or marked aversion to food, when the insufficient nutrition is protracted and attempts to overcome the subnutrition by other means, fail. (9). As a stomach tube when the repeated insertion of the regular stomach tube is annoying to the patient. In these cases, it is necessary to have the weighted end made of gold, platinum or hard rubber. Allow 21 or 22 inches for the tube to reach from the lips to the stomach; because of its character, this tube may be left in the stomach for two weeks with no discomfort to the patient. (10). A direct means of examining duodenal contents and bile as an aid to the diagnosis of gall bladder or pancreatic affections. Pancreatic funtion may be gauged by the examination of the duodenal contents of bile and pancreatic secretions.

Case reports. (1). Female, aged 20, thin, ematiated and presenting the appearance of one who had been under a severe nervous strain, gave a history of chronic indigestion superimposed by acute attacks, almost to the point of starvation at times be of the fear of the severe gastric pains and hysteria. The diagnosis of gastric ulcer complicated by hysteria was made. Feeding was begun through the duodenal tube and immediate improvement noted and there never

was a return of any gastric symptoms. She was fed entirely through the tube, not even being allowed to swallow water and the diet consisted of 8 ounces of milk every two hours (for eight feedings each day) eggs, 1, 2 or 3 as her condition would allow, lactose 1 drahm and 1 or 2 drahms of butter every other feeding and physiological salt solution one quart daily. After each feeding, the tube was thoroughly cleaned by forcing water through it. Often times, at night, a special feeding of castor oil or magnesium sulphate would be given through the tube the patients sleep would not be disturbed. The weight increased from sixty-seven to ninety-one pounds in the course of one month. At operation, the diagnosis of gastric ulcer was confirmed.

(2). Male, aged 35, circus acrobat, gave a history of alcoholism, fourteen years duration, and gastritis after an extended spree. He complained of a burning sensation in his stomach, and so much was his discomfort that he would retain food, liquid or solid, only ten or fifteen minutes, when he would relieve himself by forcing himself to vomit. The Einhorn tube was used, and although he gagged a little when it was being passed, it was very much easier for him than when the stomach tube had been used previously. His diet was the same as in case 1. And after a full days feeding, he slept comfortably all night having experienced a very quiet day of twenty four hourts. The next morning, in tossing around in the bed, the tube was pulled out but before I could get to him, he had replaced it himself. After two weeks, he was fed by the mouth and sufferred no discomfort. The following day, he claimed he was entirely well and left our care.

It is very important to note that all substances introduced by this method must be at body temperaure to avoid chilling of the duodenum and that unboiled milk be used instead of boiled milk, inasmuch as Einhorn claims that the rennet of the duodenum cannot act upon the boiled milk as can the stomach.

July 14, 1915.

MICOSIS DE LA FARINGE. (1)

¿ EL PRIMER CASO DE ESPOROTRICOSIS EN PUERTO RICO ?

POR FRANCISCO H. RIVERO, M. D., D. C., I. C.

De las Academias de Medicina de Caracas y Puerto Rico.

Antiguo Profesor de Cirujía en la Universidad de Caracas.—Miembro correspondiente de la Sociedad Francesa de Oto - Rine - Laringelogía.

Nuestra hermosa zona intertropical que tiene el rudo privilegio de sumar a las enfermedades de todas partes no escaso número que le son autónomas, difícilmente podía escapar al cosmopolitismo de las "micosis", estados morbosos producidos por hongos patógenos.

En muchos países de Hispano-América ha sido dado encontrar casos de esporotricosis. Sin ir muy lejos recordemos que Posada Berríos ha aislado el "Sporotrichum" en Medellín (Colombia). En Cuba se han descubierto y estudiado casos de exaseosis, esporotricosis, y otras variedades de micosis, gracias a los trabajos del Profesor R. Menocal y sus discíplos. (2).

Puerto Rico (3), sin que hasta ahora nadie lo hubiese advertido, paga también su tributo a aquellos procesos como nos proponemos demostrarlo por la observación que sigue:

En la primera quincena de noviembre de 1913 vino a consultarme Cástula M-----, mujer de color, de treinta y seis años de edad, cocinera de oficio. Reglada á los 12 años, tuvo un hijo, el único, a los 19. Es natural de Fajardo, puerto del norte de esta Antilla, donde ha vivido hasta hace diez años, época en que trasladó su residencia a esta capital. No ha salido nunca fuera de Puerto Rico.

Dice que sufre de la garganta hace un año; que tiene mucho dolor, sobre todo al tragar, imposibilitándole, casi por completo, alimentarse Agrega que el dolor se le propaga a los oídos, ojos, nariz, y hasta a los músculos de la nuca. A todo esto se añade un estado nauseoso pronunciado. Comenzó por experimentar una sensación de cuerpo extraño en la faringe, que se tornó, luego, en dolorosa, con los caracteres ya apuntados.

Con estos datos procedimos a examinar la garganta, observando enseguida de bajar la lengua, una vasta úlcera en la pared posterior de la

---

(1) Comunicación a la Asociación Médica del Distrito Norte de Puerto Rico, Octubre, 1915.

(2) J. Sordo y Cuervo.—Las Micosis en Cuba—1912.

(3) Al hablar aquí de Micosis en general, y de faringomicosis en particular, hacemos caso omiso del *muguet* y de las lesiones producidas por el *leptotrix*, afecciones corrientes y casi siempre banales.

faringe bucal, que ocupaba toda la mitad izquierda de dicha región, y se extendía hacia abajo hasta la entrada de la hipofaringe, y hacia arriba hasta la mitad inferior de la epifaringe. La ulceración no reposaba sobre un fondo marcadamente duro: éste estaba cubierto por un exudado blancuzco. Los bordes, en su parte superior, están como hechos al saca bocados; en la parte inferior son como mamelonados. No ha habido hemorragias. La región amigdalina izquierda está roja y tumefacta: no había ganglios infartados, ni submaxiliares ni carotídeos. Esto nos chocó mucho, y ya veremos que es dato importante. Buscamos infartos ganglionares cérvico-posteriores, y no existían.

En vista de los caracteres objetivos mencionados tuvimos la impresión inmediata de estar en presencia de un goma sifilítico ulcerado. Averiguamos si había manifestaciones específicas contemporáneas del goma. Ninguna. Ni ningún antecedente. No había estigmas tampoco. La reacción de Wasserman hecha en el Laboratorio Biológico Insular, por el Dr. González Martínez, resultó "francamente" negativa. Aquella ulceración no era, pues, sifilítica.

Pensé en un epitelioma; pero los caracteres físicos, su lenta evolución, la ausencia de infartos ganglionares en las regiones tributarias descartaban fácilmente esta hipótesis. Siguiendo en la vía del diagnóstico por exclusión puse a un lado la idea de una úlcera tuberculosa, en nada parecida a la que teníamos por delante. A mi mente acudió, entonces, la idea de una micosis. Mas, pensé en ella influído por conocimientos generales y hasta algo confusos sobre el particular—¿por qué no decirlo?—reservando documentarme después lo mejor posible. En la misma sesión extirpé con pinza adecuada un pedazo del borde de la úlcera, y lo remití para su estudio histológico al Dr. S. Giuliani, Jefe del Laboratorio del Hospital Municipal.

A los pocos días el Dr. Giuliani me informó que se trataba de una úlcera tuberculosa, pues los caracteres tisulares de la pieza eran lo de un "tuberculoma", insistiendo en que no había que pensar en un sifiloma pues la proliferación conjuntiva perivascular característica no existía. No obstante considerar muy autorizada su opinión en asuntos de Histo-Patología, me atreví a negarle mi asentimiento a su diagnóstico, en nombre de la clínica. Y le supliqué que continuase sus investigaciones: al efecto la paciente se trasladó a su laboratorio, y allí le tomó muestras para buscar en los frotis, el treponema, el bacilo de Koch, hongos, etc; mas ninguno de estos agentes se hizo visible. Entre tanto yo me instruía en la manera de investigar gérmenes micósicos, y rogué al Dr. González Martínez que hiciese siembras en gelosa peptonada y glisosada de Sabouraud, y ensayara la esporoaglutinación. La siembras se hicieron, pero las colonias que brotaron no eran micósicas, al decir del Jefe del laboratorio. La reacción aglutinante no fué posible hacerla, pues no teníamos para entonces en Puerto Rico, cultivos de "Sporotrichum", ni de ningún otro hongo patógeno. Se pidieron a New York, y yo, en persona, los traje en febrero del año siguiente, de la Habana, donde amablemente me fueron cedidos por el Dr. Menocal, procedentes de su laboratorio del Hospital Mercedes.

A pesar de lo negativo del exámen bacteriológico, yo concluí que se trataba de una micosis, muy probablemente producida por el "Sporotrichum", en vista de la ausencia de sífilis, cáncer o tuberculosis, e insituí el tratamiento yodurado en esta forma:

Diciembre de 1913.	Gramos de yoduro potásico.	
Día 8	0,50	
id. 9	1	
id. 10	1,50	
id. 11	2	
id. 12	2,50	
id. 13	3	Notable disminución
id. 14	3,50	de la úlcera.
id. 15	4	
id. 16	4,50	
id. 17	5	
id. 18	5	
id. 19	5	
id. 20	4,50	
id. 21	4	
id. 22	3,50	
id. 23	2,50	
id. 24	2	
id. 25	2	
id. 26	0	
id. 27	2	

El día 27 la enferma estaba perfectamente curada de su vasta úlcera. El yoduro triunfó rápidamente de la enfermedad, y la curación se ha sostenido firme sin ningún tratamiento ulterior. Hace ya dos años de esto, y la paciente está ahí buena y sana. (1). La terapéutica vino a confirmar nuestro diagnóstico de úlcera micósica de la faringe.

Discusión del caso.—¿Estamos autorizados para decir que estuvimos en pesencia de un caso de micosis? Yo estimo que estoy científicamente autorizado para contestar por la afirmativa, a pesar de no haberse puesto de manifiesto ningún hongo en los frotis, ni en los cultivos, y de que la esporoaglutinación, tentada dos meses después de curada la enferma resultára negativa. Recurrimos tardíamente a esta reacción serológica, por haber carecido antes de cultivos, y fundados en la opinión de algunos autores que sostienen la

(1) La paciente fué examinada por los muchos médicos que asistieron a esta reunión de la Asociación Médica del Distrito y comprobaron su curación radical, fijándose en la vasta cicatriz faringea. También fueron examinadas las preparaciones.

posibilidad de obtener, a veces, una reacción positiva después de curado el caso. La reacción de fijación del complemento efectuada en la misma fecha fué negativa también.

Analicemos.—Como antes dije, mi primera impresión fué de que se trataba de un goma sifilítico ulcerado: objetivamente todo lo hacía pensar así. Pero no podíamos contentarnos con la simple objetividad de la lesión. Buscamos lesiones terciarias contemporáneas. No las había. Buscamos antecedentes sifilíticos, y se nos respondió que nunca hubo chancro genital ni extragenital, y consecuencialmente nada de secundarismo. Ya antes dijimos que no acusaba abortos. Mas, como bien puede el enfermo negar antecedentes, o por no haberlos observado, o por haber pasado desapercibidos, o por un falso pudibundismo, averiguamos si existían "estigmas". Busqué estigmas cutáneos tales como cicatríces, recordando sus caracteres (planas, policíclicas, etc., etc.), y solo encontré una en la parte inferior de la pierna derecha consecutiva a un antrax operado años antes. Y también busqué "vitiligo", discromia achacada con frecuencia a la sífilis, y signo que nos ha sido utilísimo para despistar casos muy dudosos, pero tampoco existía. Ni había calvicie. No encontré "estigmas subcutáneos": ni pléyades ganglionares inguinales, cervicales posteriores, ni ganglios epitrocleares; ni deformidades esternales, tibiales, u otras, relicarios de antiguas periostitis. Ni "estigmas nerviosos": signo de Argyll, etc., etc. El boletín del análisis hecho por el Dr. González Martínez en el Laboratorio Biológico, acusaba un Wasserman, en la sangre francamente negativo. Considerámos innecesario recurrir al Wasserman en el líquido céfaloraquídeo, sin que desconozcamos su importancia ,sobre todo para despistar la sífilis nerviosa y mejor la parasífilis, y todo cuanto ella puede dar también en materia de pronóstico, gracias a su estudio citológico iniciado por Widal, base de la novísima terapéutica contra la parasífilis comenzante.

Sabemos muy bien lo difícil y peligroso de establecer ecuaciones en Medicina, pero ello no implica su absoluta imposibilidad. En el presente caso yo no vacilaría en establecerla del siguiente modo:

Antecedentes O + Estigmas O + Wasserman O = Sífilis O.

La noción contraria puede expresarse por esta otra:

Sífilis positiva = Antecedentes positivos + Estigmas positivas + Wasserman positivo.

No siempre puede reunirse este ideal, pero por fortuna no se requiere tanto. El término "antecedente" puede ser negativo o por

ignorancia del enfermo o por la manera discreta como ocurrió hasta el punto de pasar desapercibido; el término Wasserman, del segundo miembro de la ecuación precedente, puede, a su vez, resultar negativo, lo que no tiene mayor importancia pues es sabido que esta reacción por sí sola constituye una prueba muy dudosa de especifismo; en cambio el término "estigmas" es de primera importancia al lado de los caracteres objetivos de una lesión sospechosa. A tal punto esto es así que nosotros hemos podido, y seguramente muchos otros, diagnosticar casos muy difíciles basados en dos y a veces en un solo estigma, con antecedentes simplemente sospechosos, o dudosos, o nulos; en apariencia, bien entendido.

He aquí dos ejemplos: el primero es un hombre de 60 años que me consulta porque está ronco hace un mes o dos, y tiene un poco de disfagia. Antes de indagar su anamnesia introduzco curiosamente el laringoscopio, y veo una epiglotis ulcerada en su cara laríngea, y ulcerada también la banda ventricular derecha, y todo esto rodeado de una zona roja y tumefacta que me impide ver detalles. Siento un mal olor especial que atribuyo al proceso ulcerativo, y pienso en un cáncer de la laringe. Le veo de nuevo el día siguiente, y lo "objetivo" me inclina al diagnóstico de cáncer; mas, busco datos históricos, y el paciente me habla de un chancro habido en sus mocedades, con caracteres muy equívocos, sin huella dejada "in situ" y nada de secundarismo, al menos apreciado por él, sino de una salud tan a prueba de embates hasta este instante (grandes saltos de la sífilis), que su vida discurre—a los 60 o más años—entre fecundar chicos con mujer joven y guapa, y jugar a las carreras de caballos. El examen me permite comprobar pléyades ganglionares y suboccipitales, y vitiligo en una mano. Instituyo el tratamiento específico, y el enfermo cura en algunos días de su laringe. Insisto en que siga un tratamiento crónico, pero no obedece. Dos meses después se me presenta con un goma del esternocleido mastoideo, ratificando así nuestro diagnóstico. Este se ha basado, pues, en dos estigmas (pléyades ganglionares y vitiligo) y en antecedentes meramente sospechosos. El segundo caso es el siguiente: un hombre de 35 años nos es dirigido por su médico, conocedor de su oficio y además versado en laboratorio, quien, en carta traida por el enfermo, nos habla así: he buscado sífilis (varios Wasserman negativos), tuberculosis (examen microscópico negativo), esporotricosis (cultivos en el medio de Sabouraud sin resultados); he desechado la hipótesis de un cáncer, desconozco en suma la naturaleza del proceso ulcerativo del velo palatino. Procure averiguarlo y comuníquemelo,

Examino la garganta y compruebo dos ulceraciones del velo del paladar del tamaño de una pieza de moneda de a un real, de aspecto absolutamente igual al de un goma sifilítico ulcerado. Interrogo el paciente, persona inteligente y sincera, y niega redondamente haber tenido chancro, roseola, etc., etc.: no he tenido ninguna enfermedad venérea, dice. Es casado hace unos tres años próximamente, y a este respecto refiere que su mujer tuvo un aborto a causa de una caída (primer parto), y que el segundo y último parto fué normal. Le desnudo y no hallo en su cuerpo nada absolutamente en materia de estigmas o de lesiones: digo mal, sólo encuentro ganglios epitrocleares. Con este solo dato, pues la causa del aborto aparece muy discutible, creo poder afirmar la naturaleza sifilítica de la lesión palatina. El tratamiento nos dió la razón pocos días después.

Perdonado me sea el haberme extendido tanto en la discusión del factor sífilis, mas lo he creído esencial para no dejar la menor duda sobre el caso objeto de esta observación.

Como consecuencia de cuanto dejamos apuntado podemos asentar definitivamente que la ulceración faríngea de nuestra enferma, perfectamente parecida a la de un goma sifilítico ulcerado, no debe por ningún respecto conceptuarse como tal, puesto que su portadora tiene antecedentes y estigmas negativos y un Wasserman francamente negativo. Insistir en lo contrario sería absurda terquedad.

Cuanto a la hipótesis de úlcera cancerosa, ya la hemos discutido anteriormente y negado. No hay que pensar en tuberculosis, pues estas ulceraciones son generalmente múltiples, pequeñas, de bordes irregulares, de superficie plana, de fondo grís.

Si pensamos ahora que la lesión cedió rápidamente al yoduro de potasio, y recordamos que tanto las manifestaciones terciarias como muchas micosis ceden a aquella droga, y demostrado hasta la saciedad la no especificidad sifilítica del proceso, se verá confirmado terapéuticamente nuestro diagnóstico clínico.

Por otra parte el estudio histopatológico hecho por el Dr. Giuliani nos mostró la imagen del goma concéntrico de tres zonas: 1o. zona leucocitaria, 2o. zona de células gigantes y epitelioideas, 3o. zona linfoconjuntiva, que no es otra sino la fórmula histológica del "micoma", harto demostrada por Gougeret. Desgraciadamente no le es exclusiva puesto que es también la del "tuberculoma" (de allí la primera impresión de diagnóstico del Dr. Giuliani), y la del pseudo tuberculoma, y en general la de todos los "granulomas" con ligeras variantes de detalle. En todo caso la preparación histológica establece una delimitación evidente con los neoplasmas, y

por tanto con el cáncer. En cambio, establece la confusión entre los distintos granulomas, que en el presente caso se reducirían al sifiloma, el tuberculoma y el micoma. En nombre de la histología y de la clínica podemos descartar en este caso, el sifiloma puesto que la preparación no señalaba, aparte los caracteres comunes, la proliferación conjuntica perivascular que le es propia y característica, y clínicamente no hay para que insistir sobre el particular. Cuanto a la diferenciación histológica entre el tuberculoma y el micoma es imposible; mas como el laboratorio no puede andar deshermandado de la buena clínica so pena de errar, y la clínica ha negado con buenas pruebas la presencia de tuberculosis, entre otras su rápida desaparición gracias al tratamiento yodurado, quedamos en conclusión en presencia de un micoma.

En resumen, la Clínica, la Terapéutica y la Anatomía Patológica nos autorizan a diagnosticar Faringo-Micosis.

Por el contrario la Micología, por medio de sus pruebas de laboratorio (bacterio y serológica) parece invalidar nuestro aserto, pero no hay tal cosa. Indudablemente habría sido un ideal que estas pruebas hubiesen resultado positivas. La no presencia del hongo en los frotis no significa su no causalidad: la regla es encontrarle allí muy rara vez, entre otros motivos por su escasez en las superficies enfermas. En segundo lugar, el no haber germinado en los cultivos puede obedecer a que las siembras no se hubiesen hecho con largueza, pues es preciso, según de Beurmann y Gougerot (Les Nouvelles Mycoses) recoger medio centímetro cúbico de pus o seropus y con esa cantidad sembrar "extensamente" cada tubo; y sembrar varios a la vez. No fué esa la técnica seguida en nuestro caso: apenas si se paseó el estilete de platino por la ulceración y con esa cantidad se sembró cada uno de los tubos. Dosis insuficiente, como se ve. Mas todavía, en algunas circunstancias ocurre que aún bien sembrados los tubos de Saboureaud el Sporotrichum no germina: ahí está para probar lo que asiento, el interesante trabajo de Segura (de Buenos Aires) comunicado al Congreso de Londres en agosto de 1913, sobre "Esporotricosis de las vías respiratorias y digestivas superiores" (Journal de Chirurgie—Novembre 1913—París), donde apunta muchos casos en que el diagnóstico bacteriológico fué negativo, y en que el clínico basado sobre todo en la exclusión de la sífilis fué confirmado terapéuticamente gracias a la curación por el yoduro de potasio.

Como último argumento citaremos la importante observación de Gougerot y Queillen (Sporetrichose primitive du pharynx—Pa-

rís Medical—1913), donde se nos describe un caso absolutamente superponible al nuestro, con la única diferencia que la enferma tenía estigmas de heredosífilis. La siembra en gelosa de Saboureaud no pudo hacerse por no tenerla a la mano; no obstante esto, los autores no vacilan en calificarlo como de esporotricosis en vista de los caracteres objetivos, la ausencia de sífilis adquirida, y el responder fácilmente al yoduro. Esta observación sería la primera de esporotricosis primitiva de la faringe sin ninguna otra lesión coetánea, ni de la piel, ni ósea, ni visceral. La nuestra sería la segunda mundial de la misma índole, es decir, de esporotricosis primitiva y exclusiva de la faringe.

Para darle mayor robustez a aquel dictamen cabe recordar que Gougerot fué quien descubrió el Sporotrichum en la naturaleza, en los Alpes franceses; y que él y de Beurmann son los padres legítimos de dicha micosis por cuanto a ellos se les debe un perfecto estudio patogénico, etiológico, sintomático, bacteriológeo y terapéutico de la misma.

Aparte las razones expuestas acerca de nuestro caso en pro de una micosis señalaremos las siguientes que militan en favor de una esporotricosis:

1.)—Los caracteres objetivos de la úlcera, ya descritos, muy distintos a los de las otras variedades de micosis de las mucosas (exascosis y cosporosis, pues las oidio, botriti y hemisporsis no se fijan en las mucosas.

2o.)—La ausencia de sífilis y cáncer (probable confusión).

3o.)—La ausencia de ganglios infartados tributarios de la región afecta (condición si no constante al menos muy frecuente).

4o.)—La unicidad de la lesión (existen las formas gomosas cutánea—las más frecuente de todas,—ósea y visceral).

5o.)—La duración del proceso sin mayor repercusión general.

6o.)—El cosmopolitismo de la afección.

7o.)—El saprofitismo faríngeo del Sporotrichum (que puede tornarse patógeno por causas accidentales).

8o.)—La profesión de la enferma (cocinera), que la pone a diario en contacto con frutas ,hojas verdes y legumbres crudas o no bien cocidas (medio habitual del hongo), las cuales lleva inconciente o deliberadamente a la boca.

9o.)—El curar rápidamente con el yoduro de potasio.

Hemos terminado. Creemos haber demostrado que nuestro caso es uno de "esporotricosis de la faringe", y probado también que aún cuando la prueba bacteriológica fué negativa ello no invalida

nuestro diagnóstico. Es el primero que se señala en Puerto Rico, y es de pensar que no sea el único, sobre todo en la forma gomosa cutánea de la enfermedad, la más esparcida.

La confusión posible con el cáncer y la sífilis, y las fatales consecuencias que tales errores pueden acarrear, ya en lo personal, ya en lo colectivo, me han impuesto el deber de dar la voz de alarma, como lo hago hoy, a mis colegas y al país.

FUNDAMENTOS CLINICOS ANTIGUOS SOBRE LA FIEBRE AMARILLA. (1)

POR EL DR. MANUEL QUEVEDO BAEZ.

Señores de la Directiva y compañeros distinguidos en esta Asamblea:

Confieso con toda ingenuidad que, al elegir el tema de esta conferencia, sólo movió mi ánimo, el deseo de honrarme, tomando parte en este brillante acto, en el que un contingente de Médicos, tan respetable por la autoridad como por el número, desarrollarán problemas de interés social y profesional muy interesantes.

Por rara coincidencia, dos distinguidos comprofesores eligieron, también, temas sobre "Fiebre Amarilla" y cuanto selecto y bueno hayan dicho, llenará completamente materia tan vasta, siendo difícil pueda yo apuntar nada, que el fino e inteligente discurrir de ellos, no haya señalado.

Bien sé y así estará probado en breve, que, al tratar acerca de la Fiebre Amarilla, no traeré de élla, nociones nuevas, ni nada de lo que es harto conocido de los prácticos y de cuantos están familiarizados con la bibliografía médica.

Debo, antes de entrar en el desarrollo de este tema, expresaros mi intenso júbilo y rendir un tributo, por ser mío, el más humilde de todos, a los hombres que rigen, hasta hoy, los destinos de la Asociación Médica, por sus afanes entusiastas e incesantes en pro de la ciencia médica y de los intereses de la salud pública.

Entiendo, que sirven noblemente a la profesión, al par que

---

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 11 y 12 de 1915.

prestan al país, uno de los más grandes servicios, levantando así, a muy alto nivel, el prestigio y cultura de nuestro pueblo.

* * *

Este es un acto científico; pero él no está desligado de los múltiples y complejos problemas que comprende la vida puertorriqueña. Su trascendencia y el honor que deriva para la clase profesional que lo realiza, al país pertenecen.

Estamos aquí solos, en este recinto, sustraídos al parecer de las corrientes por donde circula la vida pública; alejados, concentrando las energías del pensamiento en este augusto claustro elegido por nosotros, para abrir hondo un surco de ciencia, de bien y de amor, donde hombres devotos de la ciencia médica, vengan a desgranar el oro de su saber y de su experiencia.

Paredes afuera de estos muros, se oye el rodar brusco y tumultuoso de la vida pública.

Por calles y plazas, se agitan en intensas sacudidas, todos los intereses que el egoísmo de la vida crea.

Allá, es la vida que lucha por satisfacerse a sí misma, en el deleite y en el goce de sus voraces apetitos.

Acá, en estos claustros silenciosos, solemnemente apacibles, es la vida del pensamiento que se agita par crear algo que enaltezca la ciencia y la cultura puertorriqueñas.

Mi conferencia os dirá de algo que es viejo; de algo que no existe, por fortuna, entre nosotros; de algo que se alejó, en buen hora, que se fué, que no sabemos si para siempre o si pudiera sorprendernos, volviendo a herir esta plácida tranquilidad de vida que disfrutamos.

Quiero presentaros el vasto y laborioso campo en que generaciones de hombres de ciencia espigaron, en años muy remotos, el fruto de todos sus afanes, de todas sus bregas, de sus torturas y del dolor de los que tuvieron la desgracia de verse envueltos en la ola negra de esas enfermedades: la fiebre amarilla, terror de todas las épocas y de todos los tiempos.

Os voy a mostrar el campo, ya labrado, donde han echado gallardos y ostentosos los cimientos de la ciencia médica contemporánea, nuestros hombres del presente.

Más que discurrir sobre conceptos nosológicos, sobre problemas médicos de la "Fiebre Amarilla", os quiero presentar el laborioso proceso médico en que han puesto sus febriles actividades

cuantos se consagraron antes y se consagran ahora, a la lucha redentora por el bien y la vida de sus semejantes.

Bien os he dicho, que fué la Fiebre amarilla espanto y terror de los pueblos que la sufrieron. Si cortó vidas y más vidas y las hundió en los abismos de la muerte; si desgarró muchos corazones e hizo llorar muchos ojos, ¡cuánta inmensa desgracia, más allá de la familia, llevó al seno de la sociedad, perturbando su vida, disociando y rompiendo vínculos sagrados, que formaban apretado haz de conjunción en la familia humana!

¡De cuántos hogares salían hacia el cementerio, las víctimas inmoladas; pero, de cuántos hogares, no salían huyendo, despavoridos, víctimas del terror, padres que abandonaban a sus hijos, hermanos que se alejaban quizá para siempre de sus otros hermanos, perseguidos por el horrible fantasma de la muerte y abandonando amor, tranquilidad y toda clase de intereses!

No porque haya transcurrido el tiempo y se haya perdido en las lejanías del pasado ese tétrico fantasma, debe ser menor nuestra piedad hacia aquellas víctimas. Siempre fué uno el corazón humano y una la caridad que nos unge a todos, como hermanos.

Es indudable que el terrible enemigo representado por la Fiebre amarilla, siguió en su obra de ruina y extermino un camino inverso a aquel trazado y seguido por la civilización.

¡Quién hubiera podido imaginar, que las vías húmedas del mar, que a exploradores y navegantes ofrecieron fácil y cómoda ruta para extender de un confín a otro de los continentes, el tráfico comercial y marítimo, en cuya virtud se firmaron relaciones de vida entre unos pueblos y otros; que en opuestas vías, casi trazaron líneas de regreso a los beneficiosos rumbos seguidos, iba la civilización a detener, casi, su marcha triunfal o que había de hacerla contra las temibles resistencias que le hiciera la Fiebre amarilla o vómito negro!

Contraste singular. Mientras el mar no levanta muros a las libres actividades del hombre, sino que ofrece generoso su dilatada extensión, para que sirva de campo fecundo a todas las actividades del comercio, de la industria y de la inteligencia, y los más grandes Imperios buscan en él su poderío y su riqueza; mientras esto ocurre, ese mismo mar, paciente, negándose a la piedad de la civilización que por sus mismas vías se abrió paso, se convierte en conductor de un mal social, de un enemigo el más funesto que registra la historia, como si quisiera poner un dique al santo anhelo del

hombre de levantar riquezas y establecer en todos los confines del mundo, el imperio de la civilización y del progreso.

Viajera errante, con bandera negra de muerte, la implanta allá en la Abisinia, en la Nubia a lo largo de las costas del Mar Rojo, lo mismo que en tierras de Grecia.

Africa y Europa, indistintamente, podían servir de pasto a su obra de exterminio y desolación.

Todavía no han desentrañado bien los historiadores, si Atenas, asolada y casi barrida en sus líneas geográficas durante la guerra del Peloponeso, lo fué por una enferemedad pestilencial o por la Fiebre amarilla.

Grecia y Roma acumularon en su historia de grandezas y dolores, invasiones de fiebres pútridas, cuya naturaleza fué ignorada. ¡Cuántos ejércitos impulsados por afanes y sed de conquistas fueron aniquilados por este feroz enemigo!

Tito Livio nos habla de cómo los Galos, al invadir a Italia, vieron destruído su ejército.

En la misma España, durante los años 1493 a 1750, Málaga sufrió el azote de catorce terribles epidemias, consideradas como de **peste** y de **vómito negro.**

Y en un desfile, que forma línea, a través de las costas de América, la vemos aparecer en Barbadas en 1647, en Jamaica, Santo Domingo, Martinica, Boston, Philadephia, New York y Pernanbuco (Brasil), durante el último tercio del siglo XVII.

¿Dónde nació y cuál fué su itinerario?

Nada se sabe, en concreto, acerca de este punto. La bibliografía anduvo deficiente a este respecto.

Los historiógrafos convienen en señalar tres focos de difusión: 1o. el mejicano que comprende a las Antillas; 2o. el brasileño, y 3o. el africano.

Pero si nos damos a la tarea de averiguar la primera descripción conocida de esta enfermedad, tenemos que referirnos a la que Dutertre hiciera en 1635, no obstante la afirmación de que fué Fiebre amarilla la que sufriera la segunda expedición de Cristóbal Colón en 1495.

Opiniones muy autorizadas niegan que el centro original endémico, estuviera en la costa occidental de Africa y que el tráfico de esclavos fuera el factor de importación a las Indias Occidentales.

Ni lo que se diga de esto ni lo que se dé como formal hecho

científico, acerca de la verdadera causa de la Fiebre amarilla, puede ser admitido de manera incontastable.

Cuanto se ha afirmado, gira en la incierta probabilidad de hipótesis y de experiencias no muy satisfactorias.

Desde el concepto primitivo; el más antiguo, asignando una condición "telúrica" a la causa productora de la Fiebre amarilla y las que después, han ido siguiéndole, incluyendo una de las más autorizadas, la de la "Comisión Americana", que dice que el germen de esa enfermedad es un microbio especial clasificado en la serie de los "microbios invisibles" o ultramicroscópicos, que atraviesan los poros de las bujías filtrantes de Camberland; la de Benjamín Rush, en 1793, afirmando que la epidemia de Philadelphia procedió de un foco de café putrefacto, en un tanque de agua, la del Dr. Freire, en 1883, reportando que era producida por un coco, Cryetococcus Xanthogenicus, que podía producir inmunidad por vacunación con culturas atenuadas; la de Carmona y Valle, de Méjico, y Carlos Finlay, de la Habana, considerando que el MICROCCUS TETRAGENUS era la causa, y que más luego, fué rebatida y negada por Sternberg, probando que este cocco era ageno a la Fiebre amarilla: la de Sanarelli, en 1897, aislando el organismo que denominó BACILUS ICTERODES; el Dr. Nott, en 1848, invocando la transmisión de la fiebre por un mosquito que no especificaba, y, más tarde, estableciendo que la variedad del mosquito era una especie doméstica llamada "zancudo bobo" o "stegomya"; el doctor Finlay desde 1881 mostrábase partidario de la transmisión por el "culex fasciatus" o su sinónimo "stegomya calopus"; todos estos atestados de opiniones muy autorizadas, apenas si dan una solución que pueda considerarse como criterio fijo, cierto y positivo.

La misma Comisión Americana encontró que el "bacillus icterodes" no tenía nada que ver con la Fiebre amarilla.

Todavía en 1909, Seidelin reportó que cierto protozoario existía en los corpúsculos rojos de los enfermos de Fiebre amarilla, asignándole el nombre de "Paraplasma Slavigenum".

Estableció que el parásito había sido encontrado a los catorce días del ataque.

Tal idea es la que aspira a considerar sea éste el trasmisor de la Fiebre amarilla.

Todos estos esfuerzos científicos del Laboratorio han probado la magistral competencia de los hombres que han arriesgado sus vidas en holocausto de la ciencia; se ha descubierto y puesto en claro, el mejor vehículo, acaso, para trasmitir el germen de la Fiebre ama-

rilla, pero, qué sea el microorganismo; qué naturaleza tenga; dónde es que nace y crece; cuál s ucondición; eso no lo ha dicho aun la ciencia.

Maravillosos y sorprendentes son los trabajos de la Comisión Americana, compuesta de los Dres. Reed, Carroll, Lazear y Agramonte.

Hábiles especulaciones de Laboratorio; experiencias muy sesudas, discretísimos tanteos; pero de cuyas conclusiones nada terminante y definitivo ha quedado establecido.

Aún pudiera decirse, que estaban en pie las ideas sustentadas por el catedrático Broussais, al admitir tres especies de partículas en el aire y a las que considera como el origen de todo tifo y por consiguiente de icterodes.

Enalteciendo cuanto se pueda la obra de los investigadores modernos, quedará siempre, un margen para rendir admiración a los fundamentos en que los clínicos antiguos basaban el proceso de la etiología.

No podían ellos descender, con el poder amplificador de las lentes a la platina de un microscopio, en la busca fatigosa, pero fecunda, de gérmenes morbosos, productores de enfermedades, porque no conocieron ni tuvieron a su disposición esos grande recursos.

Pero su discreta y persitstente brega para hallar una causa que fuera justiciable de la enfermedad, cuando detenían su mirada en miasmas y efluvios pútridos, y denunciaban a las tierras bajas y húmedas, las riberas de los grandes ríos y las orillas de los mares, y precisaban horas especiales, las de la puesta del sol, como más propicias al desarrollo de la enfermedad, y señalaban las miasmas emanando de un enfermo como más nocivo que el que emana de una persona sana; la visión anticipada de los gases sépticos, etc., todos esto, trazaba, sobre un plano de futuras investigaciones, el camino, que más tarde, habrían de seguir hombres de ciencia más afortunados, para llegar a la conclusión de la existencia de una causa viva, de naturaleza animal, micrococco, bacilo, etc., engendrador de la Fiebre amarilla.

Tócabale a los clínicos modernos, auscultar, interrogar a la Naturaleza acerca del sentido y explicación de esos fenómenos, no desentrañados por los clínicos antiguos.

Ellos, los modernos, agotaron su agudeza de ingenio, en busca del agente que determinara las lesiones clínicas e histológicos, que caracterizan la Fiebre amarilla.

Sabido es que las "lesiones vasculares" y las "alteraciones

físico-químicas de la sangre'' son características clínicas de esta enfermedad.

Pues bien: en ese sentido debía orientar el patólogo toda investigación, y poner sus medios de estudio al alcance del agente que pudiera ir a herir directamente los vasos.

Si no era un ''zoofito'' o ''microzoario'', debía buscar el responsable en un insecto.

Y, ¿cuál mejor que el mosquito, del que ya las crónicas y las leyendas de viajeros excursionistas relataban sus aventuras y los tormentos que aquéllos les infligían?

¿Cuál mejor que él, para rendirse como actor de ese proceso vásculo- sanguíneo, si la imaginación que descubría las selecciones de los focos supuestos del ''vómito negro'', los descubría a orillas de los grandes ríos y en las horas de la puesta del sol, y en tierras calientes y lugares húmedos, precisamente los lugares preferidos para guarida y habitación del mosquito?

Todas: coincidencias históricas, geográficas, etnológicas y metereológicas, según Finlay, abonaban a ese respecto para acusar a un mosquito determinado como conductor de la Fiebre amarilla.

Pero, no obstante tan discreto discurrir, los contraventores de estos asertos los echan por tierra también con buena doctrina y muy robusta lógica.

El Dr. Corre, autor de la ''Etiología y Profilaxis del tifus amarillo'', dice en la Revista de Archivos de Medicina Naval, de París:

''Existieron varias epidemias en mar y tierra en latitudes y ''estaciones incompatibles con las condiciones de existencia de los ''mosquitos.

''La Fiebre amarilla ha sido observada en el litoral de Estados ''Unidos, Philadelphia, New York, etc.; ha podido alcanzar, des-''pués de largas travesías, puertos de la Mancha y del Atlántico ''Oriental, como Southampton, Brest, Saint-Nazaire, bajo influen-''cias climatóricas demasiado rigurosas para la conservación y re-''producción de seres tan delicados. ¿Es probable, pues, que estos ''insectos hagan un papel tan considerable en la transmiisón del ''tifus amarillo?''

Pruebe la ciencia: que el mosquito puede inocular la Fiebre amarilla al propio tiempo que él sea el medio general por el cual se propague, pero que sea experimentado fuera de zona epidémica.

Ello es necesario, no sólo para confirmación de esta doctrina o teoría, sino para poner en manos de la Sanidad un medio, el más poderoso en la profilaxis de la enfermedad en cuestión.

Esta es labor de los clínicos modesnos.

En cuanto a los antiguos, no pudiendo éstos estudiar las causas específicas productoras de la enfermedad por las razones aducidas, veíanse obligados a apoyar sus juicios en lo que les sugería la apreciación de otras causas, y se orientaban en un campo perteneciente más bien a la Fisiología Patológica que a la Etiología.

Tal explica como regidos por el principio que estableció el gran Bichat, acerca de las relaciones íntimas que debían existir entre la piel y las mucosas, apuntaban como causas originarias de la Fiebre amarilla, todas las que podían contribuir a romper aquel normal equilibrio.

Según éllos, el europeo llegado a un país de zona tropical, sufría en su piel los efectos de una concentración de actividades de todas las fuerzas orgánicas. Y, como consecuencia de este cambio o irradiación de actividades vitales hacia la piel, el sistema de las mucosas sufría una perturbación que creaba una causa predisponente: esto es, una causa morbosa.

Es un hecho que, bajo la influencia de un clima ardiente, la función biliar se exacerba y, con ello se establece un estancamiento o remanso en la vejiga y en el duodeno.

En tales circunstancias, entendían que un reflujo de bilis duodenal debía volver hacia el estómago y ser causa de sobre irritación gástrica.

Además, esa bilis remansada debía sufrir alguna alteración. Esto y lo anteriormente expuesto, ¿no podían ser factores causales de excitación bastantes para determinar una gastro-enteritis?

Consideraban el influjo que las noches de los trópicos, frescas y húmedas, a la inversa de los días fuertemente caliginosos, podían ejercer sobre la economía.

La piel, decían ellos, sometida durante las horas del día a los efectos de una temperatura elevada, al llegar la noche, debía sentir el cambio brusco consiguiente y traducirse en una acción vaso constrictiva, que repercutía en las glándulas sudoríparas inhibiéndolas, y, entonces, tal causa de sobreexcitación cutánea, repercutiendo en el estómago e intestinos, determinaría un movimiento fluxionario en dichas vísceras.

Estableciendo estas teorías, los clínicos de entonces, con Bronssais a la cabeza, afirmaban que las causas de la Fiebre amarilla eran las mismas que las de las flegmasias en general.

Los mismos clínicos al considerar la Anatomía Patológica de la Fiebre amarilla, establecían esta pregunta: ¿Los fenómenos que

se producen de reacción inflamatoria gastro-intestinal, son causa inmediata productora de los otros fenómenos que la acompañan, o son efecto de otra causa?

Más allá de estas causas determinadas por la acción de un agente atmosférico, cual el calor, éllos no podían remontarse a otro orden de causas ignoradas, que escapaban a la observación directa, única que en aquella época podían poner en práctica.

Ellos hacían a la bilis (segregada en las condiciones apuntadas y a las alteraciones, por remansos, que podía sufrir) justiciable de los fenómenos de sobre irritación gástrica y de otros que les eran subsiguientes.

Era tal la importancia asignada a la bilis en los procesos febriles, que se creía podían ser originados bajo su influencia por alteraciones o acrimonias de este humor.

Claro era, que el espíritu de investigación en éllos, no se satisfacía con la interpretación asignada a estos fenómenos morbosos, establecidos bajo reglas de Fisiología Patológica.

Pero el espíritu humano, en la investigación de la verdad, no descansa y menos cuando, no descubierta ella de un modo cabal y satisfactorio, queda un aguijón o estímulo que toca a las puertas del entendimiento, incitándole a abrirse paso y a recorrer nuevos y más amplios senderos.

Los ojos de los sentidos se asomaban a todas las fuentes de conocimiento y, allí, donde la visión perdía su poder de alcance óptico, la Naturaleza corría espeso el velo del misterio, ocultando aquellos secretos que, andando el tiempo, auxiliares más poderosos de la visión habían de descubrir.

Y así, en esta incesante inquietud y en ese anhelo revindicador del misterio que se ocultaba, en vano buscaban causa especial, agente o factor, que diese exacta cuenta de los fenómenos clínicos que éllos observaban.

La tentación y el deseo del acierto y el de entrar en lo desconocido, los llevaba a considerar tres especies de partículas en el aire, orígen, decían, de todo tifo y del icterodes.

En una primera categoría, comprendían las "emanaciones pútridas"; en una segunda, las "miasmas", y por última, los "efluvios o exhalaciones pantanosas".

Suponían que los cuerpos de animales muertos, los cementerios, muladares, sumideros, aguas corrompidas, podían viciar el aire y ocasionar un envenenamiento gaseoso, orígen de todos los "tifos".

Asignaban un poder tóxico a esas emanaciones, en armonía con la temperatura bajo la cual se desarrollaban.

Creían que los cuerpos, contenidos en recintos cerrados, sin renovación suficiente de aire, podían alterarlo y producir virulencia.

Las prisiones, campamentos, cuarteles, los barcos, etc., pueden ser originarios de tifos.

Aún la ciencia moderna, con todos sus ricos y sorprendentes medios de investigación no ha levantado la pesada loza que guarda esos mitserios.

La ciencia moderna nos habla de medios de transmisión de supuestos y experimentados gérmenes.

Sí; hay un insecto responsable de ser el vehículo de ese germen mortífero, pero aún esa misma ciencia, con sus elocuentes lenguas, no ha podido proclamar de manera categórica, sin márgenes para las dudas y las discusiones, cuál sea ese esquizomiceto, noxa, germen o microbio de la Fiebre amarilla.

Y mientras ello no se esclarezca, quedan en pie aquellos orígenes telúricos de la Fiebre amarilla, proclamados desde los primeros tiempos en que taels opiniones se sustentaron.

Esto estudiado, para penetrar más en el espíritu de aquellos clínicos antigues y apurar el conocimeinto de las causas de esta enfermedad, entraremos en un nuevo capítulo acerca del modo de propagación de la iFebre amarilla.

* * *

invocaban, como una necesidad de alta policía médica, el esclarecimiento de si era o no contagiosa la Fiebre amarilla.

En este campo, también las contradicciones interesaban el espíritu de investigación.

La mayor parte de los escritos sobre orígen y contagios, dividen las opiniones de los más autorizados médicos en cuatro grupos.

Unos creían que era extraña a Europa y a América y que dependía de un **virus sui generis, permanente, el cual, una vez importado a América, se conservaba propagándose de hombre a hombre y en focos,** pero especialmente en los trópicos; el frío debilitaba su acción de modo que su reproducción en un clima templado, no es efecto de un antiguo foco, sino de una nueva importación desde los climas calientes.

Eran partidarios otros, de su orígen expontáneo en los países de la zona tórrida, no pudiendo, sinó por importación, desarrollarse

en países de zona templada y durante las estaciones calientes.

Terciaban otros, opinando sobre el nacimiento espontáneo, pero que puede ser extendido a otra casa o calle por "contagio".

Los otros atribuyen una causa local, mas niegan el contagio.

Pero todos concurren en una idea común: que permanente o importado el virus productor, necesita la influencia "local" de circunstancias especiales, estado de la atmósfera, etc.

Los partidarios del contagio, creían que se producía o por contacto o trasmitido por el aire.

Comentando estas tendencias, decían el gran Humbot que era humano que se buscase un consuelo afirmando el orígen exótico cada vez que aparecía una epidemia. Y así, atribuían el orígen de la fiebre amarilla, a la importación en barcos o navíos.

Cada vez que un navío de guerra conducía un Virrey a Veracruz, se decía que había importado la Fiebre amarilla.

Los mismo la Habana, Veracruz y puertos de Estados Unidos, en la estación de los grandes calores, se acusaban de recibir unos de otros el germen del contagio.

Los habitantes de Egipto atribuían, también, a la llegada de los barcos griegos la aparición de la peste, y así en Grecia y en Constantinopla.

Este es un campo extenso que nos llevaría muy lejos en este orden de consideraciones, y debemos ser breves.

Pero, cuando hemos desmpolvado volúmenes y textos que el tiempo ha conservado, para desentrañar el mérito y la labor de hombres de ciencia antiguos, para poner de relieve su obra y devoción médicas, juzgaríamos no haber completado nuestra labor de reparadora justicia, haciéndolos revivir hoy, en este acto científico; si no trajéramos al recuerdo un ejemplo vivo de honor y de virtud médicos justificador de cómo, en todos los tiempos, nuestro sacerdocio ha influído en los grandes destinos de la sociedad.

En todos los tiempos, el celo de los gobiernos, en funciones de higiene contra epidemias, se ha excedido, llevando su rigor más allá de aquellos límites que la prudencia aconseja.

La cuestión a decidir era de una trascendencia extraordinaria. El gobierno obraba segúnlas sugestiones de las autoridades médicas de entonces y una opinión, que no representara la verdad de los hechos, podía acarrear funestas consecuencias, dados los medios violentos con que el gobierno procedía.

En tal virtud, los médicos a quienes se consultaba ponían tan alta la conciencia como el pensamiento y apuraban sus opiniones,

de suerte que nunca representaran un criterio más o menos personal.

Posesionados de la función que como médicos les correspondía, hubo ocasión en que un Dr. Daveze hubo de rebelarse contra el Gobierno por los medios coercitivos que empleaba contra los desgraciados que padecían la Fiebre amarilla.

El libro una campaña, todo lo enérgica que pudo, para rebatir la opinion de la contagiosidad y de la importación de la Fiebre amarilla, sustentada a la sazón, por todos los médicos de Philadelphia.

Acaloradas controversias entre los bandos mantenedores de las opiniones sobre contagiosidad o no de la Fiebre amarilla, llevaban a la injuria y a la calumnia, que no respetó, una vez, la memoria esclarecida y respetada de uno de los médicos más sabios y humanitarios de su época, el Dr. Benjamín Rush.

Fué éste decidido partidario de la contagiosidad en 1773, en Philadelphia. Pero hombre de alma grande y dotado de un gran amor a la Humanidad y a la Ciencia, cuando su experiencia y estudios perseverantes sobre la materia le convencieron de lo que creyó un error, no vaciló aquel hombre que había sacrificado su bienestar y su fortuna en hacer una declaración pública en una carta que publicó "El Magazin Médico de Nueva York".

Decía así: "Usted verá que he abandonado la opinión sobre la Fiebre amarilla sustentada por mí de 1793 a 1797, con respecto a su naturaleza contagiosa. Me dejé llevar del Dr. Lining y de otros escritores de la India Occidental. Conozco el influjo que pueden tener semejantes cambios sobre la reputación de un médico; pero sentiría poco el sacrificio de la mía, si pudiese evitar los males que trae consigo la creencia de la importación de una enfermedad."

Y no satisfecho aún, publicó otras cartas pidiendo perdón a los amigos de la ciencia y de la humanidad, en los casos en que hubiera ejercido algún influjo, aumentando la desgracia del pueblo y la mortandad.

Ejemplo de sinceridad y de filantropía que son dignos de imitar.

Es, como antes dijimos, amplio este campo y debemos terminar.

Creemos haber cumplido un deber de médicos desenterrando de la OBSCURIDAD de los tiempos, la labor de nuestros antepasados gloriosos y apuntando fundamentos clínicos sustentados por éllos, atestiguando que hicieron labor honda y seria en un problema, que aún la moderna ciencia no ha llevado a sus últimos límites.

Pedimos indulgencia por lo árido y esteril acaso de este tema,

aunque a nuestro juicio siempre útil y beneficioso para la historia y para la ciencia médicas.

He dicho.

NOTICIAS, NOTAS Y LECTURAS SOBRE LA FIEBRE AMARILLA (1)

POR EL DR. MANUEL GUZMAN RODRIGUEZ, Mayaguez, P. R.

El título de este trabajo os dará a conocer de lo que se trata.

Dos motivos me impulsaron a escribirlo: una invitación del Dr. Belaval para que presentara algún tema a la Asamblea anual de la Asociación médica, y el deseo de dejar probado que amo mi ciencia y ejerzo concienzudamente mi arte, como dice el Dr. Ruiz Arnau del médico que escribe de medicina.

El 2 de Octubre, estando en San Juan, llegó a mí, confidencialmente, la noticia de que había casos de fiebre amarilla en el Hospital militar. Y el informante me manifestó su confianza en la opinión autorizado del Dr. Dutcher, médico del Regimiento de Puerto Rico.

A la mañana siguiente publicaba la prensa de la capital la alarmante noticia.

El Director de Sanidad nombró una Comisión de médicos conocedores del mal, la cual informó que los casos declarados por el Dr. Dutcher no eran de fiebre amarilla.

Aquel mismo día vimos desfilar, camino de la Carolina, el Regimiento de Puerto Rico.

"La Democracia" reprodujo, en aquellos días, capítulos del libro del Dr. Coll y Toste: "Tratamiento de la fiebre amarilla".

Al recibir en Mayagüez la invitación del Dr. Belaval, me pareció de actualidad escribir algo acerca de dicha infección, y de aquí estas noticias, notas y lecturas.

Como soy discípulo en la materia, me limitaré a dar vueltas, como curioso amante de la ciencia, alrededor de la infección objeto

---

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 11 y 12 de 1915.

de mi tema, contando con la benevolencia de esta asamblea de maestros.

De mis notas clínicas, archivadas en la memoria, durante 28 años de rudo trabajo profesional, sólo puedo citar dos casos, del principio de mi práctica, que me inclinaron al estudio de esta fiebre infecciosa.

En los campos de Añasco, ví un paciente, ciudadano francés, con fiebre alta, cara vultosa, ojos inyectados, vómitos biliosos, raquialgia y cefalalgia intensas. Práctico novel, no pude hacer diagnóstico firme en la primera visita, confiando hacerlo en la segunda; pero "in mente" establecí el diagnóstico diferencial entre fiebre amarilla, fiebre tifoidea y tifus-malaria. La gravedad del enfermo, que debió acentuarse al final de aquel día; la poca confianza, quizás, en mi práctica de médico novel; la proximidad de Mayagüez, donde residían amigos del paciente y médicos de larga fama, o la petición del doliente mismo, llevaron otro médico de la ciudad vecina a la cabecera del paciente, que murió al tercero o cuarto día, diagnosticado de fiebre amarilla. En mi única visita, se me dijo que el enfermo la había padecido anteriormente.

El segundo caso, dos años después de mi llegada, fué el de un joven que presentaba el cuadro típico de una fiebre tifoidea, con la circunstancia, hasta entonces por mi no observada, de tener ictericia generalizada, petequias y vómitos borrosos.

Una señorita de Mayagüez, que fué a Añasco a visitar el enfermo, dijo, oyéndola desde mi aposento, que se parecía la dolencia del paciente al vómito negro.

Por segunda vez, en mi práctica, pensé en la fiebre amarilla.

La marcha de la infección confirmó mi diagnóstico de fiebre tifoidea complicada con paludismo, que presentaba, en su sintomatología, semejanzas con la de la fiebre ictero hemorrágica.

Aunque gané mi título de médico en buena lid, debo hacer constar que adquirí mis "primeras nociones" de fiebre amarilla, al salir de la Universidad, en un "Tratado del Vómito", del doctor Pons y Codinach, Médico mayor del Cuerpo de Sanidad militar de la Habana.

Y ahora, con permiso de ustedes, vuelvo a las noticias de la prensa, por creerlas de interés y asunto de mi tema.

En "La Correspondencia" del 3 de Noviembre, leí de la llegada, en el vapor "Brazos", de una Comisión norteamericana de expertos, para "estudiar y combatir" la "supuesta" epidemia de fiebre amarilla.

En la del 4, en el movimiento de enfermos del Hospital cuarentenario de San Juan, se daba cuenta de uno ingresado como sospechoso de dicha epidemia, que resultó "negativo".

"La Democracia" del 5, decía que, en una sesión de la Asociación Médica del Distrito Norte, la "opinión dominante negó la aparición de tal enfermedad".

Y "La Correspondencia" del mismo día, daba la noticia de que el Dr. Carter, "tan pronto como examinó la hoja clínica de los enfermos tratados en el Hospital militar, declaró que no existía tal enfermedad".

"La Correspondencia" del 6, publicaba la opinión de la Asociación Médica, de que sólo existían, como enfermedades reinantes, el "dengue" y otras fiebres parecidas al "dengue".

"La Democracia" del 8, daba cuenta del regreso, de la Carolina, de las cuatro compañías del Regimiento de Puerto Rico.

Y en el mismo número, de la llegada del Dr. Gorgas, quien, "al poner pié en tierra, se dirigió enseguida al Hospital militar".

"La Democracia" del 9, daba la noticia de una reunión de la Junta Superior de Sanidad, con asistencia del Dr. Gorgas.

"La Correspondencia" del mismo día, nos informaba que el médico del Regimiento de Puerto Rico se había avenido, por fin, a la opinión del experto americano Dr. Carter".

Y en "La Democracia" del 10, se hacía la reseña de la reunión en la Oficina de la Junta Superior de Sanidad, a la que asistieron los Dres. Gorgas, Carter, del Valle (Francisco y Pedro), Lippitt, Ahsford, King, Saldaña y Font y Guillot, en la cual, "el informe científico y clínico de los médicos puertorriqueños fué aceptado en todas sus partes, por los señores comisionados americanos".

Hasta aquí las noticias, en el momento de comenzar mi trabajo. Del conjunto de ellas, haciendo caso omiso de la crítica reporteril, saqué en claro:

1o. Que el Dr. Dutcher cumplió con su deber dando cuenta de casos, que él diagnosticó de fiebre amarilla, y separando del foco, que suponía contagioso, las fuerzas del Regimiento encomendadas a su vigilancia sanitaria.

2o. Que no siempre es fácil hacer el diagnóstico diferencial entre la fiebre amarilla y otras fiebres del país.

3o. Que la fiebre amarilla presenta semejanzas con el dengue, y puede un médico práctico confundir los casos de una y otra enfermedad.

Dejando las noticias, y dando por resuelto el problema que

ellas plantearon, os pido permiso para decir algo de mis lecturas.

Me parece de mucho interés para los médicos estudiosos, copiar lo que escribe Pons y Cadinach, en su capítulo: "Historia del Vómito".

Pinta la llegada de Cristóbal Colón, en su segundo viaje, al fuerte de Santa Isabel, donde había dejado treinta y ocho hombres, como los primeros conquistadores de la tierra de Coanabó.

"A su regreso, dice el tratadista citado, diez meses después, se quedó frío al encontrar el fuerte desierto. ¿Qué había sido de aquellos treinta y ocho compañeros? Habían muerto no se sabe cómo; y Colon, capitán previsor y no escaso de recursos, temiendo la funesta impresión que llevaría en el ánimo de los nuevos expedicionarios "la revelación de una verdad terrible", que sin duda sospechó, en vez de achacar aquellas muertes a "malignas influencias del clima", las atribuyó resueltamente a las flechas de los indios."

Después de este párrafo, con una cita de Oviedo, aclara Pons y Codinach que la causa de la muerte de los treinta y ocho hombres del fuerte de la "Villa de Navidad" fué la fiebre amarilla; opinión que no está de acuerdo con la de nuestro médico historiador el doctor Coll y Toste

En su interesante artículo "La primera Misa en América", publicado en la "Revista de las Antillas", dice nuestro historiador que los treinta y ocho hombres del fuerte "habían sucumbido ante los inesperados ataques y emboscadas del valiente Caonabó".

En las "Notas" del Dr. D. Calixto Romero Togores al Capítulo de Fray Iñigo Abad "Enfermedades que más comúnmente se padecen en la isla", al hablar de la fiebre amarilla, dice:

"Respecto a la fiebre amarilla, no comprendemos cómo el Padre Iñigo omitió hablar de ella.

"La enfermedad que asoló a Caparra y que se ha juzgado por muchos que no fué otra que la fiebre amarilla, parece más bien una caquexia palúdica.

"Ignoramos la fecha en que hizo su primera manifestación epidémica."

Estas "notas", que aparecen en la "Historia de Puerto Rico" de Fray Iñigo Abad, anotada por don José Julián de Acosta, fueron escritas por encargo de Acosta en 1866, por el Dr. Romero Togores.

Según Pons y Codinach, "en 1508 aparece la fiebre amarilla, por primera vez, en Puerto Rico.

Esta debió ser, supongo yo, la epidemia que, según el Dr. Romero, asoló a Caparra.

También en el siglo XVII, como dice el autor antes citado, hubo alguna epidemia en nuestra isla.

En 1895, debió ser la última, en San Juan y pueblos limítrofes; pues el Doctor Coll y Toste habla, en su libro, de un caso visto por él, en consulta, en el poblado de Cataño.

Ya que cito la obra del Dr. Coll y Toste, me parece el momento oportuno para recomendarla a los médicos de la nueva generación, que no la hayan leído, y que tanto habrán oído hablar de fiebre amarilla en meses pasados.

Es un tratado de "carácter puramente práctico", como se propuso el autor; se lee con gran interés y se aprende mucho en él.

Son de suma utilidad los cuadros sinópticos de la obra, para establecer los diagnósticos diferenciales entre la fiebre amarilla y la fiebre intermitente, la fiebre gástrica biliosa, la fiebre íctero-hemorrágica, la icteria grave y la fiebre tifoidea.

Para el pronóstico, el tratadista puertorriqueño ofrece al práctico datos muy importantes, en las secciones tituladas "Síntomas favorables de buen pronóstico" y "Síntomas graves de mal pronóstico".

Y la terapéutica, objeto principal del libro, es un auxiliar eficacísimo para si, algún día, la fiebre amarilla burla nuestra vigilancia sanitaria.

Sólo echo de menos que el Dr. Coll y Toste, en su obra, no dice nada del diagnóstico diferencial entre la fiebre amarilla y el dengue. Tampoco dice nada el Dr. Pons y Codinach, en su "Tratado del Vómito".

Por haber sido punto de discusión, en la Asamblea de los Baños de Coamo, el tratamiento por la quinina de las fiebres no palúdicas, me llama también la atención que tanto el Dr. Coll y Toste como el Dr. Pons y Codinach combatan el uso de la sal de Pelletier, en la fiebre amarilla, y el Dr. Julio Comby, en su "Tratado de las enfermedades de la infancia", diga lo que copio:

"En primer término—en la fiebre amarilla de los niños—se tratará de moderar la fiebre y de contener los vómitos. Para proceder con mayor rapidez se dará por la vía hipodérmica el biclorhidrato de quinina, en cantidad de 20 a 50 centígrados por cada jeringa de Praváz."

* * *

Al oir hablar del dengue en meses pasados, busqué en mi biblioteca un folleto publicado en Mayagüez con el título "Estudios científicos", por el Dr. D. José de Jesús Domínguez, donde hay un artículo consagrado a dicha afección, escrito en 1875.

El Dr. Domínguez, médico y literato notable de su tiempo, consideraba, como yo hasta hace poco, que el "dengue" y la "grippe" eran, según el juicio de su época, una misma entidad nosológica; y de mi sé decir que con este criterio, después de haber asistido innumerables casos de "grippe" y de haberla yo padecido en varias ocasiones, nunca se me hubiera ocurrido establecer diagnóstico diferente entre esta afección y la fiebre amarilla.

No hace mucho, hará cosa de dos meses y medio, después de ejercer durante 28 años, he venido a averiguar que el "dengue" y la "grippe" son dos afecciones distintas.

El Dr. Domínguez, médico de París, dice en la página 37 de sus "Estudios científicos": "Esta será una pequeña disertación sobre el "dengue". El término francés es "grippe", y en castellano se ha adoptado la palabra tal como se escribe. Yo usaré indistintamente las dos denominaciones."

Del libro de texto "Principios y Práctica de medicina", del Dr. Osler, en el diagnóstico diferencial de la fiebre amarilla y el dengue, traduzco:

"La dificultad en el diagnóstico diferencial de estas dos enfermedades dependió de su frecuente coexistencia, durante la epidemia de 1897, en partes de los Estados del Sur. Durante el otoño de 1897, los profesionales de Tejas estaban divididos en la cuestión de la existencia de la fiebre amarilla, sosteniendo algunos que la enfermedad era dengue, otros, incluso Guiteras y West, que la fiebre amarilla también existía. En una mayoría de los casos, tres puntos diagnósticos, sobre los cuales Guiteras hacía hincapié—la faz, la albuminaria y la lentitud del pulso con persistencia de la alta temperatura— son suficientes para el diagnóstico."

En la misma obra, al tratar de los síntomas del "dengue", dice:

"Hemorragias de las membranas mucosas fueron notadas por Rush, y vómito negro ha sido también descrito."

Después de estas lecturas, ví claro, me expliqué lo que había ocurrido en San Juan, que al principio, y visto a distancia, me parecía bastante oscuro.

Alargándose van mis noticias, notas y lecturas; pero permitidme llamar la atención hacia la hoja clínica de un caso de fiebre amarilla, publicada por el Dr. Grillo Portuondo, en su folleto "No-

tas clínico-terapéuticas''; hoja que corrobora una de las terminaciones del mal, que describe Coll y Toste:

''Si la ''anesistermia'' falta—dice el tratadista puertorriqueño—y el período de fastigium se prolonga, la temperatura (puede tomar) la forma ''oscilante'' con ''oscilaciones descedentes'', que pueden llevar al enfermo, por ''lisis'', a la convalecencia.''

Entre mis lecturas, recomiendo la de un artículo del Dr. del Valle Atiles, que apareció en el BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA con el título ''El mosquito en la eiología moderna'', del cual copio:

''Ahora bien: reconocido que ciertos géneros de mosquitos son agentes de trasmisión de determinadas enfermedades, nos importa: 1o. Demostrar la existencia del Anofeles y del Stegomya en Puerto Rico. 2o. Destruirlos, si existen.''

Ignoro si, como quiere el Dr. del Valle, se ha demostrado la existencia en nuestra isla del mosquito trasmisor de la fiebre amarilla.

También debe recomendarse otro artículo del Dr. Quevedo Báez ''Algo sobre etiología'', publicado en el BOLETIN de la Asociación, donde se lee:

''No hagamos el papel poco científico de cazadores de ''moscas'' o ''mosquitos'', cuando la Higiene, la verdadera, pone a nuestro alcance medios para evitar la propagación de cuanto germen pueda afectar la integridad del organismo.''

Después de leer, en el mismo BOLETIN, el artículo del Doctor Baigey ''Paludismo sin anofelismo'', que hace pensar en un ''Amarillismo sin stegomysmo'', doy por terminadas mis lecturas sobre etiología.

Pero antes de concluir me parece oportuno recordar tres médicos puertorriqueños que adquirieron renombre en el tratamiento de la fiebre amarilla.

El Dr. Pujals que, preso por suponerlo complicado en la revolución de Lares, asistió en las cárceles de Arecibo y Aguadilla a los infectados de fiebre amarilla, entre los patriotas procesados por aquel movimiento revolucionario.

El Dr. Francisco I. Hernández, que luchó bravamente en San Juan con epidemias de vómito negro.

Y el Dr. Echavarría Gayá, que combatió una epidemia de la misma fiebre en el cuartel militar de Aguadilla.

Las biografías de estos tres médicos puertorriqueños se encuen-

tran en la obra de Neumann "Benefactores de Puerto Rico" y en el BOLETIN de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Y termino mi tarea recordando, a título de curiosidad científica, la lectura de una circular del gobernador Meléndez, que reporduce Coll y Toste en el penúltimo "Boletín Histórico", referente a una epidemia de vómito negro en el barrio Coamo Abajo, de Patillas, allá a principios del siglo pasado, en 1817.

Entre otras medidas sanitarias, recomienda el celoso gobernante español que "se piquen las cartas en las Administraciones de Correos, y se rocíen con vinagre".

Este procedimento de desinfección debió estar muy en boga hasta la segunda mitad del pasado siglo, pues el Dr. Pons y Codinach, que escribió su libro en 1868, se duele de lo "ridículo" que era "no tomar de las manos de los sometidos a cuarentena moneda u otra cosa sin pasarlas antes por vinagre".

Este dato de "picar las cartas y rociarlas con vinagre" es muy interesante para la historia de la fiebre amarilla en Puerto Rico.

CITOLOGIA DEL ESPUTO. (1)

POR EL DR. S. GIULIANI.

Médico Patólogo del Hospital Municipal.

Señores:

Hasta hace poco tiempo el estudio de los esputos había recibido poca atención. Nos conformábamos por lo regular con la apariencia macroscópica, en descubrir fibras elásticas, la presencia de sangre, espirales de Curshman y otros elementos patológicos fácilmente identificables. Si necesitábamos la ayuda del laboratorio, las más de las veces era con el fin casi exclusivo de investigar el bacilo de Koch. Algunas veces el estudio de la eosinofilia en casos sospechosos de asma aclaraba el diagnóstico, y la persecución de parásitos, como la ameba, en ciertas broncorreas purulentas daba la clave del proceso. Estos resultados nos hacían suponer un dominio mas extenso, prueba de ello la acogida entusiasta que ha recibido la albumino-reacción.

Pero un estudio completo de los esputos para clasificar sus com-

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 11 y 12 de 1915.

ponentes quedaba para los laboratorios de fisiología y experimentales.

Ahora bien: si el líquido céfalo-raquídeo ha sido objeto de tanto interés en estos últimos años por las revelaciones del cito-diagnóstico en esas enfermedades obscuras de la mente y del eje cerebro-espinal, y si raro es el clínico que prescinda del examen químico y microscópico de la orina para agregar datos valiosos a la sintomatología, ¿por qué no esperar del estudio histo-químico de los esputos resultados prácticos para diferenciar las afecciones de las vías respiratorias?

Los exudados pleurales y peritoneales, lo mismo que los transudados, nos han demostrado la posibilidad de encontrar en ellos valores clínicos indudables. Todos reconocemos la importancia de las fórmulas hematológicas. Pero hemos hecho poco caso de la secreción que procede de los órganos torácicos. En otros fluidos del cuerpo humano hemos clasificado cuidadosamente los elementos constitutivos para que sus variadas agrupaciones nos ayudaran a elucidar procesos morbosos de los cuales son ellos reflejo bastante exacto. ¿Por qué no hacer lo mismo con el esputo? En algunas afecciones, la tuberculosis por ejemplo, el microscopista se limita, como he dicho, a una investigación bacterioscópica. Pero si por medio de una técnica apropiada pudiera reconocer convenientemente las diferentes estructuras que proceden de los pulmones y los bronquios, nuestros conocimientos anatomo-patológicos nos ayudarían a interpretar sus imágenes en las diferentes fases de la enfermedad por la que atraviesan los órganos interesados. Y no hay duda que esta verdadera biopsia nos permitiría fijar mejor nuestro diagnostico, y hasta encontrar indicaciones precisas para modificar nuestro tratamiento.

Además, muchas veces nos encontramos frente a un enfermo con edema pulmonar, por ejemplo, y, ¡cuán grato nos sería, por medio de un sencillo examen de los esputos, descubrir su orígen! Si es debido a una lesión cardiaca, o insuficiencia renal. Desearíamos conocer las causas genéticas de una bronquitis crónica o comprender la lesión íntima de los bronquios en una bronco-pneumonía, y muchos otros puntos en que la clínica sola no puede responder. Pues bien, la micrografía del esputo comienza a ayudarnos, y para apreciar el alcance de estas investigaciones, sirviéndonos de una secreción o exudado que considerábamos como un acumulo de detritus, es preciso apartarnos de todo prejuicio y con las manipulaciones histo-químicas que voy a exponer brevemente, veremos

de qué manera ha surgido una ciencia nueva, tan sugestiva, tan fecunda en oportunidades para poder ejercitarse las facultades del analista, que podemos compararla a la hematología.

Al examinar un esputo convenientemente recogido, después de anotar el aspecto microscópico se escoge una porción pequeña y se extiende sobre un porta-objetos a manera de película. Una vez fijada se tiñe con uno de estos colorantes: azul de Unna, metileno fenicado, o por doble coloración con eosina y azul de metileno.

El examen microscópico se hace iluminando el campo con un foco de luz artificial, esto es de rigor. Y si la preparación es delgada podremos distinguir varios tipos celulares: Células alveolares, bronquiales, faríngeas, eosinofilos, leucocitos de diversas clases, células de desfallecimiento cardiaco, etc. La luz artificial permite que estos elementos se destaquen con gran nitidez en el campo microsópico. Pero uno de los fenómenos más importantes es la metacromasia, esto es: "la substancia colorante única da a los diferentes elementos celulares una coloración distintiva, característica para cada elemento", y el azul de Unna es uno de los tintes más usados para estas investigaciones. Con un poco de práticica, las diferentes células puden fácilmente reconocerse por sus reacciones cromotrópicas específicas. Además hay otro dato importantísimo en qué fijarnos: la coloración del fondo. Supongamos que hemos hecho uso del tinte de Unna, la mucina adquiere siempre el color de rosa a la luz artificial y se presenta en capas más o menos extensas según la cantidad. También se presentan "aspectos reticulados" con las reacciones parecidas a las de la mucina, pero con matices violáceos: éstas son las falsas redes fibrinosas tan frecuentes en las bronco-pneumonías y el estudio detallado de la manera como se cruzan las fibras nos suministran caracteres diferenciales para el diagnóstico.

Los exudados sero-albuminosos aparecen como masas redondeadas en el fondo rojizo de la mucina, pero el color que adquieren es violeta-azul cuando la capa es gruesa, y lila en las superficies finas. Estos exudados son frecuentes en los edemas pulmonares, las congestiones agudas en sus principios, en las crónicas acompañadas de edema, y en la bronquitis crónica de los albuminuricos.

Las degeneraciones celulares, granulaciones, la fibrina, los elementos de la sangre recientemente vertida o alterada, todos adquieren a la luz artificial contornos y matices bien definidos y constantes produciendo efectos más bellos que si fueran observadas con la luz solar difusa.

Los admirables estudios de F. Bezancon y F. I. de Jong, que

debemos consultar siempre en estos trabajos, nos han suministrado ya fórmulas muy típicas de diversas afecciones de las vías respiratorias, mediante esta técnica delicada y en muchas ocasiones hemos podido comprobarlas clínicamente. Ha sido mi objeto exponer a grandes rasgos los fundamentos de este medio de diagnóstico microscópico. Una vez efectuada la diferenciación de los elementos histo-químicos y citológicos del esputo, obtendremos una visión más clara de la patología de los órganos respiratorios y muchas veces lograremos hallazgos inesperados como ocurre con la sangre.

Hace poco tiempo recibimos una muestra de esputo para buscar el bacilo de Koch. Ignorábamos la historia clínica del enfermo. El resultado del examen bacterioscópico fué negativo. Por medio del cito-diagnóstico encontramos vestigios de hemorragia pulmonar, numerosos corpúsculos de pus y células alveolares. También encontramos una placa de células que no pudimos identificar con las halladas corrientemente, pero que participaban de los caracteres de las células cancerosas. Y así formulamos nuestra opinión. Varios días más tarde el médico de cabecera nos envió una parcela de tejido procedente del mismo enfermo, quien tenía varios nódulos dolorosos esparcidos por el cuerpo. El examen histológico reveló tejido carcinomatoso. Nos enteramos de la historia clínica, y resultó que el enfermo había tenido una hemoptisis hacía algún tiempo, y en estos momentos se halla moribundo con una carcinomatosis generalizada. Me parece que en este caso el curso de la enfermedad confirmó los caracteres micrográficos de su esputo.

Recientemente en el esputo de un paciente en el Hospital Municipal de esta ciudad, enviado para investigar el bacilo de Koch, encontramos sangre alterada y la coloración de fondo característica de un exudado sero-albuminoso con elementos alveolares. Pero nos sorprendió la presencia de esas células llamadas en inglés "heart faillure cells" (células de desfallecimiento cardiaco). Bacilo de Koch: negativo. Nada sabíamos del enfermo, y nos arriesgamos a diagnosticar, por el esputo, una lesión cardiaca. Al notificar nuestros resultados a los médicos de la asistencia, éstos nos participaron que el enfermo solicitaba tratamiento quirúrgico para una afección testicular. Que estaba disneico, con estertores bronquiales y que lanzaba esputos sanguinolentos; de ahí la sospecha de tuberculosis pulmonar. Procedimos al examen físico de admisión, y encontramos una lesión cardiaca en período asistólico. La repercusión pulmonar en este caso se reflejaba en el esputo.

Podría citar numerosos ejemplos en donde los exámenes histo-

químicos y citológicos por medio de esa técnica han sido de gran auxilio para la clínica, y nos es grato manifestar que la literatura médica sobre este asunto va enriqueciéndose cada día gracias al vigoroso impulso que los autores antes citados han imprimido a estas investigaciones.

Y como para llevarlas a efecto no requieren numerosos aparatos, sino un buen microcopio con lente de inmersión, porta objetos y los tintes mencionados, en los laboratorios más modestos podrán repetirse por lo menos una parte muy provechosa de la hermosa labor de Bezancon y de Jong, y la patología de las vías respiratorias será mejor comprendida.

He dicho.

RESULTADOS ULTERIORES DE LA VENTRO SUSPENSION DEL UTERO. (1)

CONSIDERACIONES DE LOS MISMOS, CONCLUSIONES.

POR JACINTO AVILES, M. D., F. A. C. S.

Cirujano Visitante, Hospital Municipal San Juan, P. R.

Al elegir este tema para ofrecerlo a vuestra consideración lo hago porque a mi juicio es de suma importancia conocer los resultados que a la larga se derivan de los distintos métodos puestos en práctica para la ventro suspensión del útero, como es importante, también, conocer los principios esenciales que han de guiarnos al seleccionar el procedimiento o método operatorio más eficaz.

Dando de lado al procedimiento mecánico del pesario usado antiguamente para corregir las procidencias de la matriz, y que hoy queda solamente como un recuerdo de la época pasada, me dedicaré exclusivamente con extremada brevedad a dar una idea somera sobre algunos procedimientos usados para la ventro suspensión del útero, que se deben a reputados ginecólogos, señalando a su vez los defectos de los mismos que son bien conocidos. En la literatura médica se encuentran alrededor de cincuenta y dos técnicas quirúrgicas, todas diferentes por algún detalle, encaminadas a corregir las posiciones viciosas del útero.

---

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 11 y 12 de 1915.

Alexander, de Liverpool, fué el primero que ideó la ventro suspensión del útero por el procedimiento de acortar los ligamentos redondos. Puede decirse que a este ginecólogo se debe la desaparición del pesario.

En 1885, Howard Kelly, de Baltimore, inventó una operación para fijar el cuerpo de la matriz. Su pared anterior la fija a la superficie de la hoja parietal del peritoneo.

Esta operación la practicó en más de setecientos casos. Más tarde se le ocurrió a Gilliam, de Columbus, Ohio, utilizar los ligamentos redondos para suspender el útero. Este ginecólogo abre la cavidad abdominal, trae el ligamento redonde de cada lado a través del peritoneo, músculo rectos y aponeurosis, y lo fija a la superficie externa de este último tejido.

Este procedimiento tiene en la actualidad algunos entusiastas.

Simpson y Montgomery han modificado ligeramente la técnica de Gilliam; pero el principio en que descansa es el mismo, o sea utilizar los ligamentos redondos para suspender el útero. Simpson fija los ligamentos a la porción inferior de los músculos rectos. Montgomery lleva los ligamentos redondos entre las dos láminas del ligamento ancho hasta llegar a la porción refleja peritoneal de este ligamento, donde fija finalmente a la aponeurosis de los músculos la extremidad del ligamento redondo.

Edwink B. Cragin, de New York, solamente modifica el procedimiento de Gilliam en lo que concierne a la incisión abdominal, que la hace en forma semilunar, dividiendo la aponeurosis de la misma manera. Fija finalmente los ligamentos redondos entre la parte inferior de la aponeurosis y la superior del músculo.

Webster hace la suspensión trayendo los dos ligamentos redondos por detrás del cuerpo de la matriz. Para ello pasa el ligamento redondo de cada lado por las hojas de ligamento ancho. Une primeramente un ligamento redondo con el otro y finalmente fija el muñón así formado al cuerpo de la matriz por su pared posterior.

Murphy, de Chicago, emplea un procedimiento algo radical para fijar el útero. En este procedimiento, el cuerpo de la matriz queda fuera de la cavidad abdominal. Divide este órgano de delante a atrás y fija cada mitad a la superficie externa de la aponeurosis de los músculos rectos. La figura que presenta el útero, una vez dividido y fijado a la superficie de la aponeurosis, es semejante a la que ofrecen un par de alas abiertas. Este procedimiento está sujeto solamente a ciertas condiciones de las cuales hablaré más adelante.

Hago una reseña ligera de los métodos puestos en práctica hasta el día de hoy para la ventro suspensión del útero. No quiero entrar a exponer los defectos de ellos, sin manifestar antes que para proceder a cualquier técnica operatoria de ventro suspensión del útero y seleccionar lo más racional, es necesario darse cuenta de los siguientes principios fundamentales:

1o. Tener una idea clara de las relaciones anatómicas y funciones fisiológicas del útero.

2o. Conocer las funciones que ejercen sobre este órgano los diferentes ligamentos que lo mantienen en posición.

3o. Reconocer el grado de procidencia o de retroversión de la matriz.

4o. Conocer las causas que originan estas posiciones viciosas del útero.

5o. Tener en cuenta la edad y el estado o período de la menopausia.

A estos principios fundamentales hay que agregar o tener en cuenta las fuerzas que sostienen al útero en su posición normal. Estas fuerzas pueden enumerarse así:

1o. Presión o fuerza intraabdominal.

2o. Los soportes del útero o sean sus ligamentos y las paredes de la vagina.

Analizando estas fuerzas, vemos que la presión intraabdominal, considerada en sí, juega un factor insignificante en las causas de retroversión o procidencia del útero, pues que las posiciones malas del útero se encuentran lo mismo en la mujer obesa, con pared abdominal tensa, que en aquellas de constitución delgada, con paredes abdominales flácidas.

Tampoco observamos procidencias o retroversiones, en personas que por cualquier otra dolencia sufren de ascitis. La fuerza intraabdominal, por consiguiente, tiene poca importancia en las causas de la retroversión o de procidencia del útero.

Las paredes vaginales y los ligamentos suspensorios son los que en realidad contribuyen como factores principales a mantener el útero en su posición normal. Estudiando las funciones mecánicas que ejercen los diferentes ligamentos que están en relación con el útero, vemos: (a) que ellos ponen el eje longituinal del órgano, dentro de la cavidad pelviana, prácticamente en dirección perpendicular al eje del cuerpo humano; (b) que la porción inferior del útero está unida o sujeta en su parte anterior con los ligamentos redondos; (c) que la porción inferior del útero está también sujeta, tanto

en su parte anterior como en la posterior por dos ligamentos. Estos ligamentos son de menos elasticidad y contradibilidad que los ligamentos redondos, y por último, a ambos lados del útero entre los segmentos superior e inferior se encuentran los dos ligamentos anchos.

Teniendo en cuenta todos estos puntos esenciales podríamos bucsar el método más completo para corregir la retroversión o prolapso del útero.

Indudablemente que la operación ideal sería la que garantizara los siguientes resultados:

(a) Mantenimiento del útero en su posición natural sin privarle de su movilidad normal.

(b) La desaparición de los fenómenos patológicos.

(c) La correción permanente, aunque sobrevenga el embarazo.

(d) Embarazos sin complicaciones.

(e) Posibilidad de reconocer y corregir las complicaciones que en algunos casos sobrevienen a la larga.

(f) Partos sin accidentes originados por la intervención.

(g) Evitación del peligro de ciertas complicaciones graves, como, por ejemplo, la extrangulación del intestino.

¿Existe algún procedimiento operatorio que reuna tales resultados?

A mi modesto entender, creo que los diferentes métodos antes reseñados no responden a satisfacción a los resultados prácticos ulteriores de la ventro suspensión del útero; quizás haya entre ellos alguna excepción, mas ella obedecerá a la naturaleza y circunstancias del caso.

La operación de Alexander casi ni se practica hoy día porque ofrece ciertos inconvenientes de los cuales quiero citar algunos:

1o. Esta operación se limita solamente a corregir la posición del útero, utilizando para ello los ligamentos redondos. (Ya hemos dicho que son varios los ligamentos que se unen al útero y que todos tienen funciones determinadas.)

2o La cavidad pelviana no se explora en esta operación, quedando el cirujano sin poder conocer a ciencia cierta las causas que originan la mala posición del útero; tampoco es posible reconocer si existe alguna condición patológica en los anejos de la matriz.

La operación de Kelly vino casi a reemplazar a la de Alexander; pero aún el mismo Kelly no la practica hoy día. Esta operación tiene las desventajas e inconvenientes siguientes:

1o. Son muchos los casos en que expontáneamente y sin causa aparente han tenido lugar las recidivas.

2o. Se han observado también en aquellos casos en que sobrevino el embarazo.

3o. El inconveniente más grave del método ha sido la complicación en cierto número de partos. La falta de dilatación y contracción de la pared anterior del útero, que es la que se encuentra fija a la pared abdominal, ha traído como consecuencia el obstáculo serio para la realización del parto.

Además, esta misma circunstancia hace que las contracciones de la matriz no sean uniformes durante el parto.

El procedimiento de Gilliam, por la disposición en que quedan los ligamentos redondos formando dos pilares dentro de la cavidad pelviana, ofrece cierto peligro grave, cual es la posibilidad de una extrangulación del intestino cuando una asa intestinal se desliza entre estos pilares formados por los ligamentos redondos.

Otro defecto de esta operación consiste en que la porción del ligamento redondo que queda entre los planos de la pared abdominal, se necrosa en algunas ocasiones, dando lugar a la recurrencia del prolapso o retroversión.

Los demás métodos que modifican ligeramente el procedimiento de Gilliam, puede decirse que adolencen de los mismos defectos.

La técnica de Webster no ofrece resultados satisfactorios, pues si bien la disposición en que quedan los ligamentos redondos no ocasiona las complicaciones que se observan en el procedimiento de Gilliam, es cierto que lo único práctico de esta técnica es hacer que el cuerpo de la matriz descanse sobre un lecho formado por la unión de los ligamentos redondos.

El procedimiento de Murphy es aceptable y es eficaz cuando se trata de prolapsos en que la matriz se encuentra fuera de la vulva y donde existe, además del prolapso de la matriz, el de las paredes de la vagina. Sólo es aplicable en estas circunstancias y cuando la paciente se encuentra en período de menopausia.

Vése, pues, que aún no se ha conseguido un método perfecto para corregir las posiciones viciosas del útero y que ello se debe a que no se ha realizado bien el mecanismo que sostiene a la matriz en su posición natural.

Las razones del hecho dependen indudablemente de las circunstancias que acompañan al caso, pero podemos llegar a las siguientes conclusiones para adoptar un método de resultados seguro para la ventro suspensión del útero.

I. Cuando la procidencia es debida a relajamiento de los diferentes tejidos ligamentosos que sostienen el útero, la operación mejor sería aquella que pudiera corregir la enfermedad de los ligamentos.

II. Si la relajación de los ligamentos estuviese acompañada de flacidez de las paredes vaginales, la operación, además de corregir la anomalía de los ligamentos, tendría que corregir también la falta de resistencia de las paredes vaginales.

III. Si la presión intraabdominal contribuyera como causa a la mala posición del útero, además de las ya mencionadas y sobre todo si la pérdida de esta fuerza intraabdominal obedeciera a flacidez de la pared del abdómen, también hay que prestar atención a esta circunstancia y corregir su defecto.

IV. Conocidos los resultados y defectos que han sobrevenido ulteriormente de los diferentes métodos puestos en práctica para la ventro suspensión del útero, sería de gran importancia pensar en idear una técnica que pueda obviar por lo menos algunos de estos defectos.

CIRUJIA DE LAS VIAS BILIARES (1)

POR EL DR. R. VELEZ LOPEZ, Guayama, P. R.

CASO NUMERO 1.

Una enferma de edad de 50 años más o menos, que ingresó en el Hospital Municipal allá por el año 1908, presentaba como síndrome una ictericia generalizada bastante intensa, mareos, debilidad suma, dolor en la región epigástrica que a veces alternaba con un verdadero cólico de apariencia litiásica. No se observaba movimiento febril alguno.

Explorada su anamnesia, pudimos precisar que desde seis u ocho años anteriores, se quejó por primera vez de trastornos dispépticos, malestares gástricos, sialorrea, mal gusto, sabor amargo, usando bicarbonato con frecuencia y cocimientos de corteza de naranjas. Dichas molestias se mejoraban a intervalos, hasta que unos dos años antes sufrió gran dolor epigástrico, astricción de vien-

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 11 y 12 de 1915.

tre, náuseas y vómitos, mareos y cefaléa, y sobrevino la ictericia. Usó los purgantes salinos y mejoró su estado de tal manera, que a los pocos días, unos 15 o 20, se vió libre de la ictericia y demás molestias.

Este cuadro se repitió dos veces en el transcurso de un año, y en el último se ha presentado tres veces, pero con una manifestación hasta entonces no observada. Me refiero a la temperatura: ésta se presentó por accesos no regulares, alcanzando cifras de 39 y 40, con escalofríos, dolor, vómitos y grandes sudoraciones.

Este caso fué observado por varios médicos entre ellos por el Dr. Muñoz Díaz.

¿Se trataba de una obstrucción biliar por cálculos en el conducto coledoco? ¿De una tumefacción hiperplasea de la cabeza del pancreas? El examen de la coloración de las heces fué practicado con bastante asiduidad, habiéndose comprobado su decoloración a intervalos de varios días.

Omití decir algo sobre el examen de la región hepática y debo consignar que el area del hígado se hallaba un poco aumentada hacia abajo hasta dos o tres traveses de dedos y la región de la vesícula presentaba cierto abultamiento visible y al tacto era dolorosa y resistente.

La paciente era multipara, y de la región central de la Isla; presentaba aspecto anémico y cierto estado de depauperación sin llegar a conceptuarlo de caquexia.

El diagnóstico se presentaba algo oscuro, pues dado lo remoto de sus trastornos gástricos que indudablemente habían de tener una relación directa con el estado ulterior, no nos detuvimos en apreciar el caso como una neoplasia ni de la cabeza del pancreas ni del piloro.

Pensamos en la existencia de cálculos en el coledoco, y aunque a veces en plena presencia de los mismos en dicho conducto puede la bilis circular derramándose en el duodeno, sin embargo de esto cuando ocurre es en ciertos estados de dilatación del conducto y después de haberse ejercido por los cálculos una obstrucción completa.

Ahora bien: nosotros estimamos el caso como una infección de las vías biliares partiendo primero de una afección gastro duodenal de naturaleza catarral, ocurriendo en estas circunstancias frecuentes obstrucciones del conducto coledoco por las secreciones mucosas determinadas por la inflamación ascendente. En estos casos puede la bilis retenerse con intermitencias durando un cuadro icté-

rico lo que dura la obstrucción mucosa, y si en estos momentos interviene la acción de un purgante, la desobstrucción se verificará y el paso de la bilis al intestino se realiza; pero persistiendo el estado catarral y su generalización al arbol excretorio de la bilis, se establecerán indudablemente condiciones favorables a la posible implantación en dicho terreno de los gérmenes patógenos de orígen intestinal que no encuentran la corriente biliar que se opone a sus incursiones y se establece la inflamación que puede ser aguda, subaguda o crónica y que en el presente caso debutó con una intensidad debilísima permaneciendo subaguda hasta que por último se manifestó francamente aguda con carácter infeccioso, presenatndo la enferma el cuadro de una septicemia.

Descartamos la posibilidad de una neoplasia de la cabeza del pancreas, porque los fenómenos presentados databan de algunos años y no se pudo a la palpación apreciar la tumefacción correspondiente ni provocar dolor sobre la región.

Decidimos, en vista del estado de la enferma y los fenómenos inflamatorios observados sobre la vesícula, practicar una exploración con el ánimo inclinado más a la infección de las vías biliares.

Practicamos una incisión lateral sobre el vientre y hacia el borde derecho del recto anterior y tomadas todas las precauciones penetramos en la cavidad abdominal.

Aislamos con varias toallas los intestinos y el resto de la cavidad de la región vesicular, apareciendo la vesícula aumentada de volumen y presentando algunas adherencias hacia la pared anterior del abdomen y laterales. Intentamos la exploración del conducto colédoco, habiendo tropezado con dificultades insuperables dadas las adherencias posteriores que obstruían la vía de exploración, determinando un estado de rigidez de los órganos y tejidos que ocupaban el espacio hepato duodenal y la supuesta entrada al hiato de Winslow.

En estas condiciones tomamos la resolución de practicar la colecistostomia que afortunamente realizamos fácilmente, dado el tamaño de la vesícula.

El contenido de la vesícula era un líquido sero-purulento mezclado con bilis que salió después de evacuado el principal contenido. Se estableció un drenaje por medio de un tubo elástico que durante 20 o 25 días aseguró una franca y abundante salida de líquido biliar. Este, al principio, era de color oscuro y poco a poco, después de dos o tres días, fué aclarándose hasta presentarse de color normal. Retirado el tubo, se procedió a la cura de la fístula

que cerró expontáneamente antes de dos meses. Los fenómenos sépticos cedieron; el estado general mejoró, saliendo la enferma a los tres meses repuesta y en inmejorables condiciones.

CASO NUMERO 2.

Una señora de San Juan, de 40 o más años de edad, con antecedentes reumáticos de mucho tiempo, viuda con dos hijos.

Nos cuenta que hace tiempo sufre de cólicos, que con toda precisión refiere, a la región epigástrica, con irradiaciones de dolor hacia el lado derecho—náuseas y vómitos—; nos hace notar que cuando toma leche un poco tibia se mejora; pero son tan frecuentes y tan intensos esos dolores, que usa los preparados de opio (morfina codeina) desde hace bastante tiempo y ya está cansada de tanto sufrir. Su vida era un tormento, viviendo en un estado de nervorismo tal, que hasta su nutrición general llegó a resentirse

Sometida sucesivamente a tratamientos diferentes, antihistéricos, antineurásténicos, antirreumáticos, sin lograr sino una pasajera mejoría de pocos días de duración para sentir de nuevo sus sufrimientos.

· Reunidos varios compañeros para tratar de dicho padecimiento, y dadas las contradictorias interpretaciones del mismo, pues mientras unos opinaban en una neurastenia visceral, otros en una manifestación del artritismo, nosotros pensamos en la posible existencia de una colecistitis simple, aunque los dolores eran tan intensos que a una causa tan pobre no fuera lógico atribuir tal intensidad en el dolor, por más que éste puede exaltarse en ciertos sujetos. Invocamos la posible existencia de un cálculo para explicar los paroxismos, aun cuando sabemos que la existencia de cálculos numerosos en la vesícula biliar puede ser compatible con una existencia feliz y sin trastornos de ninguna clase.

Se nos aplazó para proceder a una exploración quirúrgica, pidiéndosenos un mes de término durante el que había de ser sometida la enferma a una medicación, y transcurrido el término se nos facultó para intervenir.

Practicamos una incisión lateral sobre la región de la vesícula biliar, y al abrir la cavidad notamos una gran tensión de la vesícula que estaba bien llena de bilis y apenas se podía comprimir dada la presión interna que existía. Igualmente descubrimos varias bridas representantivas de otras tantas adherencias que ejercían tracción sobre el órgano, determinando una torsión. A esto se debía a gran tensión observada, pues una vez separadas dichas

adherencias cesó la tensión por la depresión que tuvo lugar; talmente pareció que la vesícula se había vaciado.

Hallamos, pues, una zona de pericistitis con adherencias establecidas y que podíamos juzgar como determinantes de los fenómenos dolorosos observados. Cesada la causa, los efectos tendrían que desaparecer y pudimos proceder a la sutura definitiva del abdómen; mas la advertencia de un compañero que tuvo la bondad de ayudarme hizo que procediera a practicar una colecistostomia, lo que hice estableciéndose el derrame biliar durante 20 o 30 días, cerrando después la fístula y habiéndose repuesto la enferma a tal punto que aumentó muchas libras de peso y tornóse alegre y satisfecha.

CASO NUMERO 3.

Una muchacha de unos 16 a 20 años, de color negro. Sin antecedentes de infección alguna general, ingresó en el Hospital presentando el cuadro de una infección biliar intensa con ictericia, fiebre de tipo remitente, pulso amplio y frecuente y en un estado semicomatoso, atribuído desde luego a la acción del veneno biliar. Había diarrea y exeresión de bilis. Diagnosticada de angiocolitis séptica fué sometida a la acción, primero, de los calomelanos, y después del salicilato de sosa que es un colagogo bien probado: revulsión y aplicaciones antiflogísticas locales. Sucedió un descenso térmico y la remisión de los fenómenos del pulso, pero el estado ictérico permanecía después de pasados unos ocho o diez días. Esto no había para qué extrañarnos, pues un proceso hepático cuando se extiende a zonas grandes necesariamente tiene que durar más que cuando la inflamación se reduce a una zona limitada. Nos hubiéramos contentado con limitar nuestro tratamiento médico esencialmente, si no se hubieran presentado fenómenos dolorosos localizados a la vesícula biliar y accesos febriles que remitían para volver de nuevo a presentarse.

En estas condiciones, se procedió a la abertura del vientre, recayendo la incisión al lado derecho de la masa del recto a un centímetro del borde costal, habiendo comprobado la existencia de una pericistitis y observado el hígado aumentado de volumen y de color amarilloso.

Separadas las adherencias y abierta la vesícula, se derramó un líquido verde oscuro con algunos coágulos de moco y varios cálculos pequeños de color intensamente oscuros.

El Dr. X, dirigía el acto quirúrgico que otro compañero prac-

ticaba, y, a indicaciones del mismo doctor, se procedió a la sutura de la vegiguilla y su abandono en la cavidad. Esto es, se practicó una "colecistotomia ideal".

¿Por qué no se practicó una "colecistostomia"? Porque no teníamos experiencia de estos casos y porque confiábamos en la práctica de aquel señor doctor.

Precisamente un gran cirujano francés, el Dr. Ferrier, planteó el primero la indicación de la "colecistotomia" en las angiocolitis, calificándola de salvadora en muchos casos por la desingurgitación biliar que con ella se obtiene y existiendo una biliosepsis podíamos calificar tal hecho como la simple abertura de un absceso que da salida a la colección purulenta, con lo que se obtiene la curación.

No olvidaré jamás este caso práctico: después de la intervención continuó el estado séptico que fué agravándose más y más, hasta que tres días después del acto quirúrgico falleció la enferma.

En este caso no practicamos la autopsia que nos hubiera confirmado o nó el derrame de bilis en el peritoneo.

CASO NUMERO 4.

En el año 1903 ingresó en el Hospital una enferma, de edad 50 o más años, robusta, con antecedentes de haber sufrido de reumatismo; por espacio de muchos años sufrió bastante de trastornos gástricos y últimamente, unos cinco meses antes, sufrió un ataque de cólico refiriendo el dolor al epigastrio con náuseas y vómitos. Este cólico fué tratado por los narcóticos y un régimen alimenticio, y habiéndose sucedido otros varios y presentándose una ictericia bastante intensa decidió ingresar en el Hospital para someterse a un tratamiento.

Las deposiciones eran blanquecinas denotando esto la ausencia de bilis en las heces y por lo tanto un obstáculo fijo al paso de aquélla.

A pesar del régimen y el tratamiento farmacológico no se púdo conseguir una franca expulsión biliar, adoptándose la resolución de operar en vista de la persistencia de los dolores y la obstrucción establecida. Desde luego que en este caso podíase asegurar la existencia de un cálculo en el conducto colédoco, que fué confirmada al practicar la abertura del vientre y la exploración de los conductos y demás órganos adyacentes.

Se practicó la colotomía seguida de sutura. Esta fué realizada con grandes dificultades, y aunque se procedió a dejar un drenaje

no fué suficiente, reteniéndose en la cavidad la mayor parte de bilis que por los intersticios de la sutura salían fuera.

Actualmente se recomienda no suturar y establecer el drenaje directo desde el colédoco, con lo que se consigue dar salida fuera a la bilis y formarse el conducto artificial fistuloso que más tarde se cerrará expontáneamente.

CASO NUMERO 5.

Una mujer de unos 60 años de edad, blanca, viuda, multipara, de buena constitución, de malos antecedentes morales, ingresó en el Hospital con una colecistitis crónica.

Su mal databa de muchos años y se quejó siempre de dolor localizado hacia la región de la vesícula biliar. Antecedentes de dolor: náuseas, vómitos, fiebre con escalofríos de corta duración, continuando siempre sus molestias locales.

A la palpación se notó claramente tumefacción casi del tamaño de un huevo de pava, dolor a la compresión y de consistencia dura e irregular.

Se procedió a la abertura del vientre sobre dicha región cística, habiéndonos encontrado con una masa irregular de aspecto esponjoso, algunas adherencias laterales y anteriores que cedían con poca fuerza.

No había ictericia, lo que denotaba la permeabilidad del colédoco y dado el estado de desintegración que presentaba la vesícula decidimos practicar su extirpación, que verificamos con toda facilidad dejando establecido un drenaje.

CONCLUSIONES.

De los anteriores casos prácticos podemos deducir cuánta es la importancia que tiene para el médico la fijación de un diagnóstico y más aún la elección del proceder operatorio, puesto que no envolviendo mayor gravedad la práctica de la laparotomia exploradora que nos pone de manifiesto las verdades ocultas o confusas para la clínica, podemos realizarla con menos temores que antes; con más confianza en nuestros modernos medios quirúrgicos.

En la elección del procedimiento, aún fijado con anterioridad el diagnóstico, estriba principalmente el éxito en las intervenciones sobre las vías biliares.

Podemos realizar con facilidad, o con más o menos dificultades, cualquiera de estas intervenciones; pero se impone un cuida-

doso examen de los conductos cístico y colédoco y de los órganos adyacentes para aquilatar las ventajas de unos procederes sobre los otros y fijar con toda exactitud el diagnóstico.

No se nos ha presentado aún un caso de cáncer del pancreas, que, como todos vosotros sabéis, impone, cuando existe la obstrucción del colédoco, la práctica de colecistenterostomía biliar y en estos casos podrá practicarse la anastomosis de la vesícula a la primera porción del duodeno cuando existen condiciones favorables para ella o también yendo a encontrar el yeyuno en su orígen y y traerlo hacia la vegiga biliar para establecer la comunicación, habiéndose aceptado que no es esencial que la bilis se derrame en el propio duodeno, pudiendo hacerlo aún hasta 75 o 80 centímetros más lejos; esto es, sobre el yeyuno y desechando el colon transverso por la posible contaminación al relacionarse la vegiga de la bilis con tal cloaca.

Yo invito a mis compañeros a considerar con todo interés este importante punto de cirujía especial y a poner en práctica con más frecuencia la indicación operatoria en la seguridad de que hemos de obtener grandes beneficios de ella y alcanzaremos mayor habilidad y experiencia.

No hace cuatro meses una señora con una colecistitis calculosa, a quien asistía y quise operar, se opuso a ello y sobrevinieron fenómenos de peritonitis que terminaron con la muerte.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE FENOMENOS CEREBRALES DE ORDEN MENINGEOS, OBSERVADOS EN NIÑOS AFECTADOS DE INFECCION PALUDICA ALGIDA. (1)

POR EL DR. JESUS MONAGAS.

Señores:

No me parece debo dejar pasar desapercibida esta ocasión, en que la Clase médica de Puerto Rico se halla tan gallardamente representada, sin que me presente ante ella, desprovisto de toda pretensión, con el objeto de presentar ante la ilustrada y competente consideración de ustedes, mis observaciones personales acerca de

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 11 y 12 de 1915.

varios casos de altas pirexias con determinados fenómenos de orden convulsivo, en niños cuyas edades han fluctuado de uno a tres años.

Permitidme antes de entrar en materia, que os diga que lo que más me ha llamado la atención en esta pirexia, es la frecuencia con que la he podido observar en esta ciudad, en contraposición con el poblado de Puerta de Tierra, donde las condiciones higiénicas dejan mucho que desear, no admitiendo términos de comparación con las de la ciudad, y hago esta manifestación basada en los cinco años que desempeñé en aquella barriada el cargo de médico de la Beneficencia, y me parece recordar haber tratado en ese período de tiempo dos o tres niños atacados de esta enfermedad, al paso que no hace año y medio que vengo desempeñando el mismo cargo en esta población, y en ese tiempo, ya he podido tratar seis niños, como tendré ocasión de demostrároslo en el curso de esta reseña.

El cuadro sintomático, con pequeñas variantes, es el siguiente: niños cuyos padres no han podido constatar podrómos antes del ataque: sólo en algún caso, han podido observar ligero movimiento febril que ha pasado desapercibido, dada la poca intensidad del mismo: pasadas algunas horas, gran elevación de temperatura, (siempre pasa de 40) temblor de escalofrío y convulsiones clónicas, acompañadas de estrabismo más o menos convergente, y acentuado, y sostenido. en algunos casos, este estado se acompaña de vómitos y deposiciones diarréicas involuntarias: tendencia muy marcada a la somnolencia, después de pasado el ataque, así como depresión de fuerzas extremada, presentando en las facies pintada con rasgos acentuados la intoxicación profunda de que es víctima aquel organismo.

En virtud de este cuadro sntomático tan alarmante, ¿qué diagnóstico podemos formular?

Ha de ser, como en tiempos pasados, un diagnóstico clínico, pues la rapidez e intensidad con que se presentan esos síntomas, la aparatoso de ellos y la extemporáneidad de los mismos, generalmente a altas horas de la noche, no dan tiempo a tomar la sangre del enfermo, para determinar la clase de infección de que es víctima el pequeño enfermo.

De modo, pues, que atendiendo a la irrupción brusca de este cuadro sintomático, no dudamos en todos los casos observados de incluirlos en el grupo de las fiebres palúdicas álgidas (perniciosas) descartando en absoluto la fiebre verminosa y la filariasis, habida

cuenta de la falta de síntomas típicos de estos estados, y atendiendo al éxito obtenido rápidamente con el tratamiento empleado.

Permitidme hacer un pequeño paréntesis, para relataros de modo breve la pequeña estadística de los casos por mí observados, y tratados:

1. Niño robusto, blanco, de dos y medio años, General Contreras, 85, curado.

2. Niño robusto, blanco, de tres años, Cristo, 32, fallecido.

3. Niña, constitución empobrecida, blanca, de uno y medio años, Cruz, 22, curada.

4. Niña blanca, de dos años, robusta, Marina, curada.

5. Niña, catorce meses, mulata, buena constitución, Recinto Oeste, Rafael Cordero, 4, curada.

6. Niño de buena constitución, uno y medios años, mulato, General Contreras, curado.

Como se vé por la estadística presentada, todos los casos han sido curados, a excepción del de la calle del Cristo, que empezó a enfermar como a los dos de la tarde, y cuando fuí llamado, cuatro de la madrugada, el caso era tan desesperado, que a pesar del tratamiento enérgico empleado, falleció entre diez y once de esa misma mañana, en pleno estertor comatoso.

¿Cuál ha sido el tratamiento empleado?

Dos son las piedras angulares en que lo hago descansar: sintomático y casual. Al primero corresponden los baños, a la temperatura del ambiente, prolongados, de 15 a 20 minutos de duración, hielo a la cabeza, poción bromurada efervescente y antisepsia intestinal por medio del cálomel a dósis purgante.

Como medicación causal inyecciones de una sal quínica, intramusculares, repetidas a intervalos, según el estado del enfermo.

A poco de establecerse este tratamiento, se nota una mejoría manifiesta, hasta el punto que en pocas horas ha desaparecido aquel estado de gravedad que observamos en nuestra primera visita, es verdaderamente teatral el efecto, pues quizás antes de las 24 horas se halla restablecida la salud del enfermo.

Ahora bien, ¿esta misma rapidez en la presentación de los síntomas alarmantes de la enfermedad, así como por el mismo orden en la desaparición en un período tan breve de tiempo no nos indica que se trata de una intoxicación agudísima que ha de destruir aquel organismo, si a ello no se opone un diagnóstico en firme, sin dubitaciones, y un tratamiento a él consecutivo?

Y atendiendo a la brusquedad en la aparición, a la rápida su-

cesión de los síntomas cada vez más alarmantes, al restablecimiento breve del organismo atacado sin dejar huellas visibles del paso por ese organismo de una conmoción tan de suyo intensa, ¿en qué cuadro de pirexias podríamos colocar a ésta, sino en el de las infecciones palúdicas más álgidas?

Y si por la premura que en el tratamiento de estos casos hay que desplegar no es posible esperar el resultado de la investigación del laboratorio, y temiéramos formular un diagnóstico empírico, ¿acaso no sería bastante a la desaparición de esos escrúpulos, el resultado espléndido obtenido con el tratamiento?

Antes de aplicarse la reacción de Wasermann y otras, para el diagnóstico de las avariosis enmascaradas, ¿no empleábamos el tratamiento mercurial como piedra de toque para esclarecer aquella dudosa infección?

Y el resultado con él obtenido, ¿no ponía de manifiesto la causa a que se debía la enfermedad?

Pues, ¿por qué en estos casos si vemos que ese cuadro sintomático tan pavoroso desaparece por medio del uso de las inyecciones de una sal quínica cualquiera, puestas a sus horas, y en dósis conveniente, por qué, pues, no creer, sin dubitaciones, que esos casos son debidos a intoxicaciones agudísimas del paludismo?

¿Que pasa desapercibida la puerta de entrada de la infección? Es mucha verdad, pero ante la evidencia no hay más que rendirse, y esta particularidad no es sólo privativa de esta infección, pues del mismo modo pasa en muchos casos de avariosis, (casos muy notables de elo podría citar) y no obstante el tratamiento empleado nos demuestra la certitud del diagnóstico.

¿Podrían confundirse estos casos con infeciones intestinales, ya que de niños se trata?

En esos casos, como en los de filariasis, y en los producidos por vermes intestinales, aunque observamos el síntoma convulsionante, común a estos estados, no obstante cada uno de ellos, tiene sus características propias de cada infección, y en ninguno vemos de manera tan rápida la desapairción de los fenómenos cerebrales, sin que de ellos queden huellas de ninguna especie; por otra parte, y en este mismo orden de ideas, el restablecimiento total del enfermo, se verifica de modo lento en aquellos estados, contrastando de modo gráfico con la rapidez con que se verifica en las de las infecciones palúdicas: recordad que ya os he manifestado, y con seguridad que en vuestra práctica habréis tenido ocasión de comprobar la verdad de lo que llevo indicado, que la convalecencia de estos

enfermitos es tan rápida como en ninguna otra infección: esta rapidez es tan pasmosa, que aún a trueque de que se nos tilde de exagerados, no tendríamos empacho en manifestarla valiéndonos de esta expresión: del ataúd, a la mesa.

Por consiguiente, señores, ¿en qué enfermedad que no fuera en el paludismo se operaría de modo tan teatral este cambio?

En la íntima convicción de que acerca de este punto estaréis de acuerdo con lo que he manifestado, pasaré a estudiar otra circunstancia que también ha llamado mi atención, y que merece sea puesta bajo vuestra ilustrada consideración.

Me refiero al por qué esta modalidad del paludismo se ha presentado con más frecuencia en niños, y en particular, en la primera infancia de éstos, como lo demuestra la estadística que os he presentado, robustecida por la observación de no haber visto, en los siete años de práctica en los lugares citados, un sólo caso ni en niños de más edad, ni en adultos.

En mi modo de pensar, este es el punto más expuesto a conjeturas en la etiología de la enfermedad que me ocupa, y satisfactoriamente, no he podido hallar la verdadera causa a qué atribuir esa particularidad, por más que la he investigado de modo cuidadoso, en los casos que he tenido ocasión de tratar.

La premura del tiempo de que dispongo, ni vuestra excesiva bondad, me permiten entrar de lleno en el terreno de las hipótesis; por consiguiente voy a fijarme en sólo dos puntos que me parece son los que más probabilidades tienen de conducirme a la aproximación de la verdad.

Atribuyo la frecuencia de la presentación de esta enfermedad en niños de la primera infancia, a la mayor cantidad de superficie del cuerpo descubierta, dada la cortedad de los vestidos que lo cubren, y por consiguiente mayor facilidad para que el anofele pueda hacer inoculación, y si bien es verdad, que no podemos negar, que a través de los vestidos el anofele puede introducir su trompa de succión, es innegable que en igualdad de circunstancias este insecto escogerá para atacar a aquellas partes desprovistas de abrigo, que no a las que se hallan protegidas por él; otra razón también que hay que tener en cuenta para explicar esta frecuencia, es la finura de la piel del niño, siendo más fácil de ser atravesada por el aguijón del insecto chupador que la del adulto; basado, pues, en estas hipotéticas razones, si un anofele penetra en una habitación donde se halle un niño y una persona de mayor edad, con seguridad que escogerá para hacer su trabajo al primero antes que al segundo.

Porque, ¿a qué otras razones que satisfagan la sagacidad del observador ha de atribuirse esta preferencia?

¿Cómo explicar de otro modo esa particularidad, que hasta aquí he podido observar, cuando se sabe que la infección palúdica es enfermedad que no tiene predilección por el sexo, color, constitución, etc., etc., como ocurre en la etiología de muchas otras en las que damos una gran importancia, por el papel que desempeñan esas particularidades?

Expuestas a la ligera estas brevísimas consideraciones acerca de las infecciones palúdicas de carácter agudo en los niños, sólo me resta daros las gracias por la benévola atención qeu me habéis dispensado durante la exposición de estas observaciones, y llamar una vez más vuestra atención de modo que podáis hallaros ya prevenidos, cuando en vuestra práctica os encontréis con casos iguales a los que os he relatado, dirigiéndome especialmente a los compañeros jóvenes, que quizás aún no han tenido ocasión de observar estos estados, y a los que me permito, una vez más, el interesarles en estas observaciones, de modo que el éxito más feliz corone sus esfuerzos al tratar de salvar la vida de esos seres inocentes, cuyos padres habrán de bendecir vuestra obra altruista.

He dicho.

NOTAS OFICIALES.

El día 4 de Octubre, en el Salón de la Asociación, la Sesión Académica de la Asociación Médica del Distrito Norte llevó a cabo su acostumbrada reunión mensual, en la que el Dr. Francisco H. Rivero nos dió una interesante conferencia acerca de las Micosis, trayendo ante la numerosísima concurrencia un caso clínico tenido y diagnósticado por él recientemente en esta ciudad.

El notable conferencista, con facilidad pasmosa de palabra y claridad en la expresión, desarrolló su tema de tal manera, que no dejaba duda del diagnóstico del caso de Micosis de la faringe. La enferma, presente en la sesión, pudo ser examinada por los concurrentes, ya curada de sus ulceraciones feríngeas. El tema escogido por el Dr. Rivero es de actualidad, de grandísima importancia teórica y práctica en cuanto al pronto de diagnóstico para llevar un tratamiento seguro y consiguiente restablecimiento de la salud.

El conferencista fué muy felicitado por su magnífico y perfecto trabajo clínico, el cual se publica en este número de nuestra Revista.

La concurnencia, como antes decimos, fué numerosísima, no habiendo

un lugar vacío en la extensa sala; el acto, que comenzó a las 8.30 P. M., terminó a las 11 P. M.

Presidió el Dr. Gómez Brioso, encontrándose presentes los doctores Rivero, V. Berríos, M. Berríos, Rivas, Costa Purcell, Cobián, Guzmán (padre e hijo), Avilés, Pesquera, Gutiérrez Igaravidez, Muñoz Díaz, Figueredo, López Antongiorgi, Martínez Alvarez, Barbosa Jr., Fernós, Bernabé, Giuliani, López de la Rosa, Arché, Ríos, González, Vega, Quevedo Baez, Belaval, Barreiro, Ashford, Nogueras, Biamón, F. del Valle Atiles, Matanzo, Monagas, Carballeira, Garrido, García de Quevedo, Arnáiz, López Sicardó y Laugier.

Reunión importante de la Asociación Médica del Distrito Norte.

Durante varios días corrió en San Juan, con caracteres alarmantes, la noticia de la existencia de varios casos de fiebre amarilla en el Regimiento de Puerto Rico estacionado en esta ciudad, según diagnóstico del médico de dicho Regimiento, Mayor Dutcher.

Esto causó gran sensación dentro y fuera del país, y la Asociación Médica, celosa siempre de cuanto a la salud pública de Puerto Rico se refiera, resolvió citar a sus asociados del Distrito Norte para cambiar ideas e impresiones acerca de la existencia o no de dicha enfermedad, así como para fijar a qué tipo pertenecían las fiebres reinantes por entonces. Con este motivo el Presidente de la Sección Académica, Dr. José Gómez Brioso, por mediación del Secretario, Dr. Agustín R. Laugier, convocó a los Médicos del Distrito para una reunión, la cual se celebró en la noche del 4 de Diciembre de 1915 en el salón de la Asociación, estando presentes los doctores Francisco del Valle Atiles, Pedro del Valle Atiles, Biamón, Belaval, Marcano, Pesquera, García Cabrera Jr. Babcock, Carballeira, Hernández, Saldaña Martínez Alvarez Bernabé Monagas, Barreiro, Avilés, Giuliani, Carbonell, Matanzo, López Sicardó y Laugier.

La reunión empezó a las 8.30 P. M., terminando a las 11 P. M.

Actuando como Presidente el Dr. Francisco del Valle Atiles, por repentina enfermedad del Dr. José Gómez Brioso, declara abierta la sesión y expone con la claridad que le caracteriza, el objeto de la reunión; sus palabras, más o menos textuales, fueron las siguientes:

Señores:

La circunstancia de estar el Dr. Gómez Brioso enfermo y el haberme encomendado que presidiera esta reunión, me obligan a exponer algunas ideas acerca del propósito de ella. No se trata de una conferencia, como las que aquí tan brillantemente han sido dadas por sus autores, sino de una "causerie" científica sobre las fiebres reinantes, que han dado lugar a diferencias de diagnóstico entre un médico militar de la plaza y varios médicos civiles de la localidad.

Se ha expuesto la existencia de la Fiebre amarilla en San Juan, y puesto que, con la excepción mencionada, cree el resto de los prácticos que

ejercen en esta ciudad que sólo se trata de casos de Dengue, y tal vez de casos de fiebre de tres, de cinco y siete días, el asunto bien merece ser traído ante la Asociación Médica para su consideración.

Bien sabéis que la posibilidad de un error de diagnóstico cabe siempre; y en el caso presente esta regla no es la excepción, pues el dengue y la influenza, las fiebres de recaída y otras fiebres, aún no clasificadas, descritas por Morchison y otros, tienen síntomas comunes que pueden dar lugar a dudas.

El Dr. Murchison, en su tratado sobre enfermedades del hígado, cita el caso de haberse confundido por eminentes médicos de Inglaterra, la fiebre recurrente con la fiebre amarilla, al punto de llamársele a aquélla Fiebre amarilla de las Islas Británicas.

El Dr. Orgeas, al hablar de las fiebres biliosas inflamatorias de los países cálidos, hace notar que sus síntomas se parecen bastante a los de la fiebre amarilla, y nosotros, los que hemos tenido ocasión de practicar en esta ciudad por muchos años, podemos recordar que teníamos las fiebres gastro biliosas, que por una u otra razón ya no las vemos, pero que eran entidades patológicas reales que podían dar lugar a dudas, al principio principalmente, sobre todo en épocas de epidemia si la sufrían los recién llegados.

De modo es que el asunto ofrece a la consideración del práctico suficientes motivos científicos, y también los hay de orden económico, pues interesa descubrir el error, desde el punto de vista de los interess comerciales, amenazados si no se aclara pronto lo que haya de cierto en la materia.

Esta conversación que vamos a tener resultará, pues, interesante por más de un concepto, y así, yo invito a los médicos que han tenido la oportunidad de tratar casos de fiebres durante estos últimos días, a que nos expresen sus impresiones.

En cuanto a mí, he tenido la oportunidad de tratar algunos casos en familiares, y mi diagnóstico ha sido el de Dengue; en algunos la erupción fué muy manifiesta, en otros no tanto; pero en todos puedo asegurar que los síntomas gástricos fueron bastante intensos para hacer de los vómitos un síntoma molesto y duradero.

Y una vez expuesto cuál es el propósito de nuestra reunión, queda concedida la palabra para tratar de él especialmente a los que tuvieron ocasión de examinar los casos dichos sospechosos.

Aludido el Dr. Pedro del Valle por el Presidente hizo uso de la palabra, manifestando que había tenido la oportunidad de observar algunos casos de Dengue en la ciudad, casos que empezaban y se desarrollaban en un período que no pasaba de seis días, y que tenían todas las características de la enfermedad, sin que hubiese faltado en un sólo de los observados por él la sudoración profusa ni la erupción típica en los carrillos, frente, cara dorsal de las manos, brazos y espalda. En algunos, sobre todo en los niños, se manifestaba el ataque de la enfermedad con fiebre alta, dolor de cabeza frontal intenso y dolor sobre la región umbilical, presentándose dentro de las primeras veinte y cuatro horas y casi a la entrada del segundo vómitos unas veces claros y cargados de mucosidades, otras verdosas y en dos ocasiones pude observarlos de color oscuro, que

simulaban a primera vista los llamados de ala de mosca, pero que examinados después más detenidamente se veía que no eran otra cosa sino mocos más o menos teñidos de bilis. Estos vómitos cesaban sin medicación y el proceso seguía su curso, terminando con sudores profusos y la erupción.

Refiriéndose el Dr. P. del Valle a la opinión sustentada por un compañero acerca de la existencia de la fiebre amarilla en la Isla, dijo que era indudable que el compañero había confundido casos de dengue con la fiebre amarilla, pues habiendo sido invitado por el Dr. Lippitt el día primero de Octubre del corriente año, para ver algunos casos sospechosos que habían sido aislados en el Hospital Militar, pudo notar, con el Dr. Gómez Brioso que también asistió a la consulta, que de los tres casos aislados uno solamente, ya en 5 o 6 día de enfermedad, pudiera haber dado motivo para alguna alarma por el curso de la fiebre y del pulso y por la presencia de algunas trazas de albúmina en la orina. Por lo demás, el enfermo se encontraba bien, no había tenido vómitos, no había tenido epigastrálgia, no había íctero y en cambio existía una erupción perfectamente marcada, sobre la que llamó la atención de los otros compañeros. El Dr. Gómez Brioso se fijó muy especialmente en las encías, y notó que la inferior se encontraba congestionada, pero observó también una piorrea. Así, pues, tomados estos datos en consideración y algunos más, dedujimos que el atacado no lo era de fiebre amarilla y sí parecía ser un caso de dengue, diagnóstico que trasmití al Cirujano General del Public Health Service en cablegrama del día cinco de Octubre, pues ya se notaba alguna alarma en Washington, alarma hasta cierto punto justificada y que felizmente la presencia bien comprobada del dengue en esta ciudad hizo desvanecer.

El Dr. Carballeira nos refiere un caso de suma importancia visto por él y el Dr. Pedro del Valle, el cual por su sintomatología guarda mucha relación con el asunto que se trata. Refiere haber sido llamado a ver a una española recientemente llegada de España, la que tenía todos los síntomas al parecer y a primera vista de fiebre amarilla, pero que resultó ser un caso típico de dengue, acompañado de su erupción propia. Los síntomas observados por él fueron los siguientes: dolor de cabeza intenso, especialmente supraorbita,l pulso lento, gran depresión, dolor en la región lumbar y articulaciones, estreñimiento y erupción final. La paciente curó de su enfermedad.

El Dr. Barreiro, Director del Auxilio Mutuo, dijo que entre los enfermos que habían ingresado en el Sanatorio Español durante el mes de Octubre no había podido encontrar un solo caso de fiebre amarilla, ni de dengue.

En cambio, ingresaron durante dicho mes 26 enfermos atacados de la fiebre Pappataci o de tres días, a juzgar por los síntomas presentados por los enfermos; y que fueron:

Cefalagia frontal y ocular.

Inyección conjuntival y esclerotical.

Rubicundez en las encías y en el interior de las fauces.

Quebrantamiento y dolores lumbares y articulares que no impedían andar a los enfermos.

Temperatura que se elevaba repentinamente a 39 o 40° mantenién-

dose así, con remisión matutina de un grado aproximadamente, durante 3, 4 o 5 días, bajando seguidamente de un modo brusco a las proximidades de 36° de un modo definitivo.

Pulso que no guardaba relación con la temperatura, variando entre 70 y 42 pulsaciones con temperaturas de 39 y 40 y que continuaba lento 7 y 8 días después de la desfervescencia.

Lengua-saburral en el centro; roja en los bordes y punta.

Estreñimiento.

Carencia de vómitos y de escalofríos en la mayoría de los casos.

Falta de erupciones, excepto en 4 casos que se presentó a los 4 o 5 días siguientes a la desfervescencia, durando 24 horas, atacando los antebrazos y pies solamente, y en un caso el cuello y hombros no yendo seguida de descamación.

Que estos síntomas corresponden exactamente a la entidad morbosa indicada, excepto la duración de la elevación febril, que ninguno de los casos del Auxilio pasó de 3 días en casi todos sin llegar en ninguno a 7 días.

Respondiendo al Dr. P. del Valle sobre si serían casos de dengue modificados por el clima, dijo que la fiebre "de los tres días" estaba hoy bien estudiada incluso en su trasmisión por el Phlebotomus, Pappataci, y que donde se había estudiado más había sido en la Herzegovina e Italia, países que no tienen nada de tropicales.

Además, que no existe en ninguno de dichos casos la importancia funcional de las articulaciones que en el dengue se observa; tanto que todos los enfermos ingresaron por sus pies en el Sanatorio. Tampoco los dolores articulares se asemejaban a los del dengue, toda vez que impunemente podía golpearse a los enfermos las articulaciones de la rodilla sin manifestar dolor. Y por último que en los pocos casos que se presentó la erupción el hacerlo sin elevación térmica en el período apirético y sin descamación, la diferencia por completo del dengue, si la discordancia entre el pulso y la temperatura no fuesen un argumento irrefutable para probar que no eran dengûe los casos por él descritos.

El Dr. Biamón cita un caso, tenido por él, de un colombiano, el cual presentaba el siguiente cuadro clínico: fiebre intensa, marcada ictericia, estreñimiento, pulso lento y erupción, con avariosis comprobada en el examen de la sangre. El paciente mendiante tratamiento específico curó radicalmente.

El Dr. Saldaña cierra el acto con un elocuente discurso, diciendo:

Señor Presidente y demás compañeros:

Correspondo con mucho gusto a la invitación que me hace nuestro querido Presidente, y después de haber oído con verdadera atención la exposición detallada de varios casos clínicos observados por los ditinguidos compañeros que me han precedido en el uso de la palabra, conducentes todos ellos a demostrar que existe actualmente en San Juan y en su vecindad una constitución médica especial que se trata aquí de definir, paréceme por el relato que he oído que mis observaciones personales se confunden con las de mis compañeros y que ha de resultar más provechoso para los fines perseguidos por esta Asamblea, el que yo resuma la conversación científica que hemos sostenido sobre casos típicos y atípicos de dengue, y sobre estos casos observados principalmente en el Auxi-

lio Mutuo de fiebres de 3, 5 y 7 días, casos estos últimos que bien pudieran interpretarse como variedades de la infección dengosa.

Creo, señores, que el propósito de esta sesión académica no es sólo el definir cuál es la constitución médica reinante, cuál es la enfermedad que priva hoy en San Juan, sino que debemos referirla a determinar si existe o no una epidemia de fiebre amarilla, según manifestacione oficiales hechas, que no poca alarma han producido y que pudieren causar graves daños a la clase médica y al país en general.

No hace muchos días que solicitado por el Dr. Lippitt, Director de Sanidad, me constituí en el Hospital Militar de esta ciudad y observé 5 casos supuestos de fiebre amarilla, los que sometí a un minucioso examen y de los cuales puedo decir categóricamente que ninguno, ni por antecedentes, ni por su historia clínica, ni por el estado que ofrecieron cuando los ví, podían ser sospechosos de la infección de fiebre amarilla. Tan lejos estaba de ello, que dos de esos casos resultaron ser sifilíticos, uno de paludismo comprobado con el examen de la sangre, el cuarto se encontraba ya perfectamente bien y sólo había sufrido la reacción consiguiente a la vacuna antitífica, y el último era un caso de dengue bien caracterizado.

Este es el caso del sargento Lugo, objeto de especial estudio por parte de varios médicos, por ser el único que pudiera ofrecer dudas respecto al diagnóstico. Por lo que atañe a este militar, resulta claro y evidente, que siendo natural de la isla, residía en San Juan hace unos 18 años, y no ha ofrecido ni antes ni ahora síntomas algunos de fiebre amarilla; mientras que coincidiendo la forma y modo de evolución de su enfermedad con la de otros muchos casos observados por distintos facultativos en San Juan y diagnosticados de dengue o de fiebres de 3, 5 y 7 días, no cabe duda que este es el verdadero diagnóstico que debemos aceptar.

En mi vida profesional, durante la cual he asistido a muchas epidemias de fiebre amarilla, yo puedo asegurar que hay casos de dengue intensivos que dan lugar en las primeras 24 y hasta 48 horas de su evolución a no poca confusión de diagnóstico. Los síntomas que caracterizan el dengue no siempre se determinan todos, no predominando ninguno, y la reacción generai del organismo es alarmante durante los dos primeros días, y se asemeja mucho a la reacción general de otras enfermedades infecciosas y especialmente de la fiebre amarilla.

Es más: me ha sido dado observar, en el curso de una epidemia de fiebre amarilla, varios casos de dengue: igual observación han tenido otros médicos de la localidad.

Y es de notarse que si los autores de una y otra nacionalidad se detienen en establecer el diagnóstico diferencial de la fiebre amarilla y de la fiebre tifoidea de forma biliar y se extienden en la determinación de ese diagnóstico diferencial y de la confusión posible entre la fiebre amarilla y otras enfermedades, sólo, que yo sepa, el eminente Osler se ocupa de la necesaria diferenciación entre las infecciones amarilla y dengosa; cita la comunidad de síntomas entre uno y otro, así como el error posible de apreciación entre unos y otros síntomas.

Pero no es mi propósito aseverar que en la presente ocasión se pudo haber confundido los casos observados de dengue con casos de fiebre amarilla, esto puede suceder tratándose de una infección virulenta de dengue,

durante corto tiempo, y aparece claro que la epidemia dengosa reinante hoy, es benigna y atípica en muchos sujetos.

De lo expuesto resulta, a mi juicio, casi patente que no hay motivo alguno para afirmar la existencia actual entre nosotros de un solo caso de fiebre amarilla, que la constitución médica que priva hoy es la de dengue, y que importa y es caso urgente poner de relieve este estado de cosas, para evitar contratiempos serios, perjuicios graves que agraven nuestro estado económico y depriman a la clase médica.

Todos los médicos concurrentes a la sesión aceptaron la conclusión fijada por el Dr. Saldaña, y en vista de no existir discrepancia alguna en el asunto, así se consignó en el acta.

El Dr. Biamón propone, siendo aprobado por unanimidad, se pase una carta al Director de Sanidad dando cuenta del resultado final de nuestra reunión.

Siendo las 11 P. M., se cierra la sesión.

Carta dirigida al Director de Sanidad:

San Juan, P. R., Noviembre 5, 1915.

Sr. Dr. D. W. F. Lippitt,
Director de Sanidad,
San Juan, P. R.

Estimado compañero:

En la reunión celebrada anoche en la Asociación Médica del Distrito Norte se discutió el tema de las fiebres que con alguna frecuencia se han observado en la población durante los últimos meses, habiéndose convenido unánimemente en que los casos expuestos por los médicos, ya personales ya observados en compañía de otros, tanto por su sintomatología cuanto por el feliz término de ellos eran evidentemente de dengue y de fiebres no clasificadas de las llamadas de 3, 5 y 7 días.

Ninguno de los médicos presentes habían observado en su práctica actual caso alguno de fiebre amarilla; varios de los asistentes habían tenido ocasión de asistir epidemias de dicha enfermedad antes de ahora.

Teniendo en cuenta que últimamente se han clasificado como de fiebre amarilla ciertos casos, todos curados, ocurridos en la población militar de San Juan, los médicos que concurrieron a la reunión de anoche creyeron oportuno y así lo acordaron informar a usted como Director de Sanidad, del resultado y conclusiones a que se llegó en dicha reunión.

Muy atentamente,

(Firmado): *Dr. Agustín R. Laugier.*

Sec. Asociación Médica del Distrito Norte.

El 23 de Diciembre reuniéronse los miembros de la Asociación Mé-

dica del Distrito Norte, para elegir la Directiva para el año 1916, resultando constituída de la siguiente manera:

Presidente, Dr. José Gómez Brioso.

Vice-Presidente, Dr. Luis Alfredo Saliva.

Secretario, Dr. Agustín R. Laugier (reelecto).

Tesorero, Dr. Esteban García Cabrera Jr. (reelecto).

Consejeros, Dres. José Esteban Saldaña (reelecto) y Dr. Francisco H. Hernández.

En la misma noche se dió lectura a un magnífico trabajo del Dr. Jorge del Toro, titulado "El éter evaporado y calentado, en combinación con el oxígeno como anestésico de preferencia".

REUNION DE LA CAMARA DE DELEGADOS CORRESPONDIENTE A LA ASAMBLEA ANUAL DE 1915.

En los salones de la Asociación Médica de Puerto Rico, a las 2.45 de la tarde, comenzó la reunión de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica, quedando constituída en la forma siguiente:

Dr. Pedro Gutiérrez Igaravidez, en la Presidencia.

Dr. José S. Belaval, Secretario.

Delegados en propiedad presentes:

1. Dr. José H. Amadeo.
2. Dr. Luis García de Quevedo.
3. Dr. Rafael Vélez López.
4. Dr. Eusebio P. Coronas.
5 Dr. Pedro del Valle Atiles.

Delegados propietarios no presentes y sustituídos:

6. Dr. Guillermo H. Barbosa, sustituído por el Dr. Agustín R. Laugier.
7. Dr. Rafael López Sicardó, sustituído por el Dr. Jesús Monagas y García Quevedo.
8. Dr. Arturo Torregrosa, sustituído por el Dr. Rafael Bernabé.
9. Dr. Manuel Zavala, sustituído por el Dr. José Gómez Brioso.
10. Dr. Francisco Matanzo, sustituído por el Dr. Jacinto Avilés.
11. Dr. Joaquín Martínez Guasp, sustituído por el Dr. Manuel Guzmán Rodríguez, Jr.
12. Dr. Alfredo Ferrán Funalleda, sustituído por el Dr. Manuel Guzmán Rodríguez, Jr.
13. Dr. Julio Barreiro Lago, sustituído por el Dr. Leopoldo Figueroa.

El Dr. Bailey K. Ashford está presente como consejero.

El Presidente declara constituída la Cámara de Delegados y abre la sesión, diciendo que se va a dar lectura a las minutas de la sesión anterior.

Dr. Luis García de Quevedo, propone se dé por leídas las minutas para economizar tiempo.

Dr. José H. Amadeo, pide que se lean porque él no estuvo en la sesión anterior.

Dr. Jacinto Avilés, que no se lean porque hemos de tratar de los mismos asuntos en esta sesión y debemos economizar tiempo.

Dr. Bailey K. Ashford, propone que se posponga la lectura.

Dr. Gómez Brioso, que se deben leer.

Discutido suficientemente el asunto, se pone a votación la proposición del Dr. García de Quevedo, secundada por el Dr. Avilés: "Es DERROTADA."

Se leen las minutas, y son aprobadas por unanimidad.

Dr. Bailey K. Ashford dice que son las 4 P. M. y siente tener que ausentarse, pero que quiere hacer constar su protesta por no haberse abierto la sesión a las 2 P. M., como estaba acordado en el Programa, y manifiesta que el informe del Consejo al cual él pertenece va involucrado con el de Secretaría.

El Tesorero, Dr. Jacinto Avilés, da lectura al informe que a continuación se transcribe:

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Informe Anual del Tesorero, Año 1915 (*Dic.* 11.)

Tengo el honor de presentar a vuestra consideración el informe anual de la Tesorería correspondiente al año actual.

He de manifestar que la labor llevada a cabo por esta oficina para la recaudación de las cuotas de los asociados, ha sido siempre ardua debido a lo moroso que se hace el pago de cuotas.

La Cámara de Delegados en la Asamblea de 1913, acordó rebajar la cuota anual que hasta entonces era de doce dollars, a la cantidad de diez.

Esta resolución de la Cámara de Delegados designando la cantidad de diez dollars como cuota para los miembros de la Asociación, fué tomada bajo la base del número de médicos que figuraban como miembros en aquella fecha, si bien es cierto que un gran número de médicos aparecían como socios sin haber satisfecho las cuotas a la Tesorería. Indudablemente que la Cámara de Delegados creyó que todos los médicos que estaban figurando como socios, cumplirían con el pago de sus cuotas; de ahí que adoptara la cantidad de diez dollars como cuota anual para sus asociados.

No fué posible conseguir en aquel año 1914, el resultado satisfactorio que la Cámara de Delegados esperó tener al adoptar el acuerdo de rebajar la cuota, por el hecho que de los ciento cincuenta médicos que figuraban como miembros de la Asociación, ciento dos solamente respondieron al pago de sus cuotas.

En la sesión celebrada por la Cámara de Delegados en los Baños de Coamo el pasado año, dicho organismo tomó el acuerdo de fijar la cuota para los miembros de la Asociación en la cantidad de seis dollar por año. De estos seis dollars, se descuenta un dollar para el fondo de protección mutua, quedando solamente cinco dollars para los fondos de la Asociación.

Esta última resolución de la Cámara de Delegados, fué tomada con el propósito de que sirviera como estímulo a los médicos de la Isla, toda

vez que se reducía a una cuota de cincuenta centavos por cada mes. Se creyó que esta cuota tan pequeña iba a robustecer la lista de asociados y que los egresos que tuviera la Asociación en el año serían compensados por los ingresos que dieran el número de asociados que se esperaba fuera mucho mayor de lo que en realidad ha sido. El número de asociados durante este año ha alcanzado solamente a ciento seis.

Como se vé por los hechos que acabo de relatar, la Cámara de Delegados, con el acuerdo de la Asamblea de Coamo, tampoco ha obtenido en este año el resultado que se proponía.

Los egresos de este año han sido mucho mayores que los ingresos, pues la Asociación ha tenido que sostener en todos sus puntos aquellas exigencias que requiere un organismo que, como éste, forma hoy parte integrante de la Asociación Médica Americana.

Aparte de lo que tenga a bien proponer la Cámara de Delegados, me permito sugerir la conveniencia de que nombre un comité que venga a conocer con verdadera certeza los gastos que tiene la Asociación; este comité podrá entonces estudiar la cuota que debe asignársele a los miembros y que esta cuota sea estipulada sobre la base del número actual de miembros que hoy tiene la Asociación.

Me parece que el comité que se nombre, después que haga un detenido estudio acerca de estas cuestiones, podrá, en la sesión de mañana, informar a la Cámara cuáles son sus puntos de mira en este asunto para que al tomarse una resolución, venga a hacer más práctica y segura la vida de la Asociación, toda vez que las anteriormente adoptadas no han dado los resultados deseados.

Paso ahora a presentar el estado de fondos, que es el siguiente:

Ingresos durante el año ----------------	$ 628.00

Egresos durante el año:

Por alquiler de casa -------------------	$ 234.00
Sueldo de Escribiente -----------------	240.00
Impresión del BOLETIN MEDICO y otros impresos de oficina, etc. ------------	302.63
Efectos de Escritorio ------------------	10.25
Servicio Postal y Apartado -------------	56.00
Miscelanea, según comprobantes ---------	196.41
Para el fondo de protección mutua -------	200.00
Existencia en caja --------------------	$1,534.06

Propiedades de la Asociación:

542 hojas para certificaciones médicas, 2 mesas de oficina, 1 escritorio, 1 armario ropero, 1 archivo para cartas, 1 reloj, 3 alfombras, 1 tarima, 2 fanales para las luces eléctricas, 8 sillones, 6 butacas, 16 sillas, utensilios de escritorio y otros objetos de oficina.

Dr. García de Quevedo, propone se nombre la comisión económica indicada por el Tesorero.

El Presidente cree que es innecesaria dicha comisión, y que el asunto debe tratarse por toda la Cámara.

Dr. Jesús Monagas, propone que se eleve la cuota, pero que se cobre por trimestres.

Dr. Eusebio Coronas, desea saber la causa de no haber aumentado el número de socios como era de esperarse al bajar la cuota anual, y cree debe estudiarse el por qué de la disminución en el número de asociados.

Dr. José S. Belaval, manifiesta que el número de miembros reales y efectivos de la Asociación hoy día, son más o menos los mismos que anteriormente, y que lo ocurrido, en efecto, es que al reorganizarse la Asociación Médica de Puerto Rico, después de su incorporación a la Asociación Médica Americana, sólo se consideran como tales miembros efectivos aquellos que abonan sus cuotas del año, y que por este motivo se ha dado de baja a un gran número de compañeros que aparecían como tales miembros, pero que no satisfacían sus cuotas anuales.

Dr. José H. Amadeo, secunda la proposición del Dr. García de Quevedo para que se nombre la comisión económica.

Puesta a votación la proposición del Dr. García de Quevedo, es "APROBADA".

El Presidente nombra a los Dres. Avilés, García de Quevedo y Eusebio Coronas para la comisión económica.

Informe del Secretario:—Toca en turno la lectura del informe, que lee como sigue:

Informe del Secretario de la Asociación Médica de P. R., a la Cámara de Delegados en su Asamblea Anual de 1915:

Distinguidos compañeros:

De acuerdo con el reglamento de la Asociación, el Secretario viene obligado a presentar un informe anual ante esta Cámara de Delegados y gustosamente voy a dar cumplimiento al mencionado deber.

Penosa indudablemente ha sido la labor de esta Oficina, no por las dificultades inherentes al cargo, sino por la escasa ayuda que le han prestado la mayoría de los asociados; y es que en nuestra Asociación Médica ocurre al igual que en todas nuestras sociadades puertorriqueñas, en las cuales los socios creen cumplimentar todos sus deberes eligiendo una Directiva y exigiendo a ésta toda clase de reponsabilidades.

Con frecuencia hemos oído decir: Pero, ¿qué hace la Directiva de la Asociación Médica en tal o cual asunto?. Nada. Las Cámaras Legislativas agobian a los médicos titulares con mayores obligaciones cada día, sin que siquiera se oiga levantar en contra de ellas la voz de la Asociación Médica, etc., etc.; y nosotros, los de la Directiva, los que palpamos de cerca los escollos contra los cuales se estrellan nuestras mejores iniciativas, podríamos responderles: ¿Pero es acaso, compañeros, que sólo a la Directiva de la Asociación Médica corresponde el honor y el deber de trabajar por la defensa de nuestra clase? ¿Es culpa de la Directiva que las Cámaras Legislativas estén casi exclusivamente compuestas de abogados y agricultores, y que la profesión médica esté representada sólo por uno de sus miembros en cada Cámara, y ello, por el esfuerzo personal y po-

lítico de los compañeros que allí se encuentran? ¿Es, acaso, culpa de la Directiva que la Cámara Legislativa dé mayor importancia a cualquier asunto que a uno que atañe directamente al porvenir de nuestra profesión?" Seguramente convendremos que no, y habremos de admitir que las Directivas de la Asociación Médica han estado y están siempre dispuestas a realizar tantos cuantos esfuerzos estén a su alcance, en pro del desarrollo social y científico de la Aosciación y en beneficio de la clase médica.

No es culpa de ella, no, que sus esfuerzos sean estériles y se pierdan ante la indiferencia de los legisladores, sino culpa es de aquellos que por negligencia no le brindan su apoyo y contribuyen con sus prestigios personales e influencias políticas a robustecer a la Asociación.

Recordemos, aún cuando nos sea sensible decirlo, que la Asociación Médica tiene sus enemigos gratuitos que, directa e indirectamente, trabajan por su desprestigio, y que es necesaria toda la buena voluntad e impulso personal y colectivo de nuestros asociados, para evitar que dicho trabajo de zapa pudiera rendir en el mañana resultados perjudiciales.

No nos creamos tan modestos que no podamos influir en manera alguna con nuestros legisladores, y cuando se presente en el gobierno algún asunto de importancia para la Asociación Médica, recordemos que todos estamos en el deber de tomarlo a empeño, y dirijámosnos a nuestros amigos de la legislatura, para que cuando la Directiva tome la iniciativa en el asunto, no se halle aislada por completo y encuentre ya el terreno preparado para que sus esfuerzos produzcan los resultados beneficiosos que todos deseamos; luchemos constantemente, pongamos todos nuestros impulsos personales y colectivos en pro de la Asociación y habremos así cumplido con nuestros deberes de socios y compañeros, y si algunos hay aún que por mezquindades humanas, franca o solapadamente, nos obstaculizan, ignoremos sus mezquindades y tratemos de atraerlos.

Muchos asuntos hay que quisiéramos tratar en este informe por ser de gran importancia para nuestra Asociación, pero nuestro programa es tan extenso y nuestro tiempo tan limitado, que nos obligará a todos a ser lo más concisos posible, por cuyo motivo paso a hacer una ligera reseña de la labor llevada a cabo por esta Oficina.

La Directiva ha dado cumplimiento a todas las resoluciones tomadas por la Cámara de Delegados en su sesión de Diciembre de 1914, en los Baños de Coamo, a saber:

1o. Se envió al Dr. Vergnes Castello el premio de 100.00 dollars concedido y se le informó al mismo tiempo de la resolución tomada por aquella Asamblea de que al lauro concedídole por la Asociación Médica debería seguir el informe de la Comisión Investigadora que estudió las nuevas manifestaciones hechas por el Dr. Vergnes sobre la Malaria en Puerto Rico.

2o. Se dividió la Isla en los Distritos del Norte y Sur, según lo ordenó aquella Asamblea, teniendo el Distrito Norte 42 pueblos y 63 médicos y el Distrito Sur 35 pueblos y 43 médicos.

3o. Se han pasado repetidas comunicaciones a los Comités nombrados por aquella Asamblea participándoles su nombramiento y recordándoles su cometido.

La Directiva ha tenido ocho reuniones durante el año, tres de los

miembros de ella solo, en los meses de Mayo, Julio y Octubre; una conjunta con el Consejo y el Comité de Legislación y Policía, tres conjuntas con el Consejo solamente, en los meses de Diciembre, Abril y Julio, y una conjunta con el Comité de Legislación y Policía en el mes de Abril.

El Comité de Legislación y Policía ha tenido tres reuniones en los días 18 y 24 de Enero y 24 de Abril.

En todas estas reuniones se ha tratado de los siguientes asuntos:

1o. Se fijó la fecha de la publicación del BOLETIN para los meses de Marzo, Julio, Septiembre y Diciembre.

2o. Se nombró al Dr. Francisco del Valle Atiles para continuar en la dirección del BOLETIN, a la perseverancia de cuyo compañero se debe el impulso que ha tomado nuestra publicación en estos dos años.

3o. Se trató de las modificaciones del Bill de Sanidad que fueron pasadas en la última Legislatura Insular y que, apesar de todos los esfuerzos hechos por el Comité de Legislación y Policía, resultaron siempre gravosas a la profesión.

4o. El Comité de Legislación y Policía se declaró en sesión permanente durante toda la pasada legislatura y ofreció sus servicios como cuerpo consultor a las comisiones de Sanidad y Beneficencia de la Cámara y del Consejo.

5o. Se zanjó por medio del Consejo de la Asociación, una seria cuestión personal que surgió entre dos compañeros altamente apreciables, quedando favorablemente resuelta.

6o. Se tomó acción sobre la expedición de licencias a los practicantes para administrar las drogas incluídas en la Ley Harrison, licencias que venían siendo expedidas por el Tesorero de Puerto Rico.

7o. A petición del Honorable Director de Sanidad, se hizo un modelo de ordenanza de Sanidad y Beneficencia

8o. Se trató la cuestión del abuso de los anuncios profesionales, nombrándose una Comisión que los regularizase.

Para finalizar, he de manifestar que hemos mantenido nua constante y cordial relación con la Asociación Médica Americana, y que si bien es verdad que el número de nuestros asociados ha disminuído comparándolo con el de años pasados, sin embargo, los socios que hoy tenemos son reales y efectivos que satisfacen sus cuotas con regularidad, y no sucede lo de antes que aparecían en nuestras listas un sinnúmero de asociados que ni siquiera recordaban que eran miembros de la Asociación.

Dr. José S. Belaval, Secretario.

El Presidente, manifiesta que los nuevos asuntos a tratar son de una gran importancia, y teme que el tiempo ha de ser muy corto para resolverlos; pero que de todos modos están presentes dos compañeros, uno de ellos el Dr. Monagas, médico titular que conoce perfectamente los inconvenientes que resultan de las disposiciones de la última sesión de la Legislatura encaminadas a obligar a los médicos titulares a prestar ciertos servicios al Gobierno Insular sin remuneración alguna; además dice que el Dr. Figueroa, Delegado a la Cámara Legislativa, conoce perfectamente

los esfuerzos realizados por el Comité de Legislación y Policía para evitar que la Legislatura Insular pasase dichas leyes, pero que todo fué en vano.

Do. Jesús Monagas, pide que se lea la parte dispositiva de esas leyes que afectan tan de cerca a la profesión médica.

Leyes de Puerto Rico, 1915.—*Edición Española.*

"*Disponiéndose*, que los médicos pertenecientes al Servicio de Sanidad podrán ejercer su profesión cuando sus deberes no se lo impidan; *Y disponiénodse, además*, que los médicos de Beneficencia de cada uno de los Municipios de la Isla de Puerto Rico, quedarán por la presente obligados a prestar los servicios de Sanidad que dentro de su jurisdicción les señale el Director de Sanidad bajo reglas que serán dictadas por una ordenanza del Concejo Municipal, y la cual deberá ser aprobada por el Director de Sanidad, y tales reglas así aprobadas deberán ser incluídas como condición de los deberes de dichos médicos de Beneficencia en los contratos que éstos celebren con los Municipios; *Disponiéndose*, que dichos médicos de Beneficencia recibirán remuneración adicional por los servicios de Sanidad que prestaren, la cual remuneración será fijada por el Director de Sanidad con la aprobación del Consejo Ejecutivo; pero la misma no excederá de $300 en un año, y se pagará de la asignación de $66,000 para "Sueldos", personal de campo. *Disponiéndose*, que los médicos que sean empleados Insulares o Municipales desempeñarán gratuitamente servicios de peritos médicos cuando sean requeridos a prestar dichos servicios por la Corte.

Dr. Jesús Monagas:—En un bien pensado discurso expone magistralmente el asunto, y entre otras cosas dice que hace tiempo pactó la Asociación Médica de Puerto Rico con el Attorney General una tarifa para los servicos médicos insulares, tarifa que aún cuando exígua, sin embargo, remuneraba en algo, sino los servicios, las molestias del médico; pero que la última Legislatura, en su afán de reducir el presupuesto echó por tierra dicha tarifa, imponiendo a los médicos titulares la obligación de llevar a cabo estos servicios Insulares sin recompensa de ningún género; servicios que son de una gran importancia, puesto que por regla general incluyen un Peritage médico y que consta de las siguientes etapas:

1o. Transporte a los cementerios, que tiene que ser costeado por el médico, de su propio peculio.

2o. Practicar la autopsia por sí solo, puesto que los practicantes han sido más afortunados que los médicos, y no tienen obligación de ayudarles en las autopsias si no se les paga.

3o. Emitir un informe.

4o Jurarlo ante el Fiscal.

5o. Asistir al juicio como perito.

Todo esto, sin más remuneración que la que se le dá a un simple testigo.

Dice que desearía poder ir algún día a la Legislatura para allí defender con toda energía nuestra preterida clase médica, y que se siente adolorido, al ver cómo la Cámara Legislativa nos ha arrebatado arbitrariamente un derecho inalienable que teníamos adquirido; y pide que de

una manera u otra se trabaje en el sentido de que en el próximo presupuesto, por lo menos se restablezca la tarifa antigua.

Dr. Leopoldo Figueroa, felicita al Dr. Monagas por su discurso y manifiesta que está de acuerdo con él en cuanto al fondo del asunto, pero que desea hacer algunas aclaraciones para restablecer la verdad de los hechos y sus causas.

Dice que tanto el Dr. Muñoz Díaz y Gutiérrez Ortiz, en las pasadas Legislaturas, como él en la presente, han trabajado y defendido la clase médica como le consta al Presidente de la Asociación; pero que es necesario estar dentro de la Cámara para ver la lucha que es preciso sostener, y dice que la causa de la indiferencia de las Cámaras Legislativas es la que muy acertadamente ha mencionado el Dr. Belaval en su informe de Secretaría; y que él promete presentar un proyecto de ley sobre medicina legal en la próxima legislatura, porque el actual servicio Médico Forense todos sabemos que es absolutamente ineficaz.

Dr. Jesús Monagas, dice que no fué su intención herir a ningún compañero, y que le consta que tanto los Dres. Gustavo Muñoz Díaz, Gutiérrez Ortiz y Figueroa han defendido la clase médica, y retira cualquier alusión que pudiera molestarles, pero que él cree que la profesión no ha derivado beneficio alguno de los trabajos de la Legislatura. Está de acuerdo con el Dr. Figueroa en la ineficacia del servicio Médico Forense y cree deben fundarse laboratorios para los exámenes médicolegales para que ellos resulten una verdad.

Dr. Belaval, dice que él es pesimista, que no cree prospere ningún Bill Médico Forense, porque apenas la Comisión Económica empiece a hacer cálculos, verá los gastos que implica, y como no se tiene idea de la importancia del servicio, matarán el Bill, y por lo tanto cree debe trabajarse más bien en el sentido de que se restablezca la antigua tarifa, mejorándola a ser posible. Refuta al doctor Monagas la necesidad de establecer laboratorios, pues cree que los hombres que están al frente de los del Departamento de Sanidad son suficientemente capaces para hacer correcta y concienzudamente cualquier examen médico legal; que lo que falta en ese sentido, es que se dén facilidades a los facultativos que han de practicar autopsias médico legales para que puedan recoger convenientemente las muestras, y no suceda lo ocurrido muy recientemente con un importante caso en el cual toda la prueba pericial de laboratorio fué desestimada, porque el facultativo que practicó la autopsia colocó en el mismo cajón en que venían las vísceras un pote conteniendo morfina, droga, que resultó ser la encontrada en las vísceras; así, pues, debemos ser más cuidadosos en el modo de recoger y enviar muestras al laboratorio para asuntos médico-legales.

Dr. Rafael Vélez López, felicita a los Dres. Figueroa y Monagas, abogando por que se restablezca la antigua tarifa, y mejorándola si es posible.

Dr. Gómez Brioso, pregunta si hay alguna proposición ante la mesa, porque estamos discutiendo en términos generales y no vamos a concluir nunca; aboga por la formación de un cuerpo médico forense o por lo menos que se nombren dos o tres médicos que hagan el servicio completamente, y pide se nombre una comisión para que trabaje en la próxima Legislatura en este sentido.

Dr. José S. Belaval, secunda la proposición, pero manifestando que esta comisión debe unirse al Comité de Legislación y Policía para trabajar juntos.

Dr. Gutiérrez Igaravidez, nombra a los compañeros Saldaña, Monagas y Figueroa para que, en unión del Comité de Legislación y Policía, trabajen ante la comisión económica de la Legislatura para que al hacer el proyecto del presupuesto restablezcan la tarifa anterior.

Dr. Belaval, dice que son las cinco y treinta de la tarde y que tenemos pendiente de resolución verdaderos problemas de importancia que afectan a la clase médica, que nos será imposible resolver en esta reunión, y por lo tanto propone que se reuna la Cámara de Delegados en tercer domingo del proximo Enero para que lleguemos a conclusiones bien estudiadas y deliberadas sobre estos asuntos.

Dr. Jesús Monagas, secunda la proposición.

El Dr. Gutiérrez Igaravidez, propone que almorcemos todos juntos ese día y después nos reunamos. (Secundado por el Dr. Brioso.) Puesta a votación ambas proposiciones son aceptadas por unanimidad.

Dr. Jacinto Avilés, sugiere la idea de que la comisión nombrada vaya estudiando los asuntos pendientes a resolver y se entreviste con el Gobernador tratando de obtener de dicha autoridad que incluya en su Mensaje ciertas recomendaciones en el sentido de favorecer nuestra clase. Aceptada la proposición.

No habiendo otro asunto de qué tratar, se suspende la sesión a las 5.45 de la tarde, para continuar el domingo 12, a las 5 P. M.

Domingo 12 de Diciembre de 1915, a las 6 P. M.

Terminada la sesión científica, se constituye nuevamente la Cámara de Delegados para proceder a la elección de nuevos funcionarios, oir el informe de la Comisión de Hacienda nombrada y oir el informe o ponencia del Dr. Gutiérrez Ortiz sobre Beneficencia Municipal.

Presentes los Delegados:

Dr. Francisco Matanzo.
Dr. Salvador Giuliani.
Dr. Rafael Vélez López.
Dr. Manuel Fernández Náter.
Dr. Eusebio P. Coronas.
Dr. Guillermo H. Barbosa.
Dr. Luis García de Quevedo.
Dr. Julio Barreiro Lago.

Y los Delegados:

Dr. Pedro del Valle Atiles, sustituído por el Dr. José Gómez Brioso
Dr. José H. Amadeo, sustituído por el Dr. Esteban G. Cabrera, Jr.
Dr. Joaquín Martínez Guasp, sustituído por el Dr. Manuel Guzmán Rodríguez, Jr.

Dr. Arturo Torregrosa, sustituído por el Dr. Jacinto Avilés.
Dr. Manuel Zavala, sustituído por el Dr. Rafael López Nusa.
Dr. Rafael López Sicardó, sustituído por Jesús Monagas.
Preside el Dr. Pedro Gutiérrez Igaravidez.
Secretario, Dr. José S. Belaval.

La Comisión Económica presenta el siguiente informe:

El Comité nombrado por la Cámara de Delegados con el fin de estudiar y presentar un informe en el caso de resolver de la mejor manera posible los déficits que han ocurrido y que deben ser evitados para el desenvolvimiento de la buena marcha de nuestra colectividad, ha llegado a la conclusión de que estos déficits son la resultante del desnível entre los gastos que tiene la institución, aun dentro de la más extricta economía, y los ingresos por las cuotas.

El Comité ha llegado también a la conclusión que para resolver este asunto económico, se hace preciso fijar la cuota anual bajo la base de cien asociados. Así, pues, por ejemplo, los gastos anuales de la institución ascienden a la suma de $974.00 y hay de ingreso $600.00 por cuotas de asociados bajo la base de cien socios a razón de seis dollars por cada miembro.

El Comité propone, por lo tanto, que la cuota se fije en la cantidad de diez dollars anuales para cada miembro, tomado este cálculo bajo la base de cien asociados que son los que en realidad han venido sosteniendo siempre el progreso de la Asociación. Con diez dollars por cuota tendremos $1,000.00, cantidad que nivela los gastos de la institución.

(Firmado) Dres. E. P. Coronas, J. Avilés y Luis García de Quevedo.

Dr. Francisco Matanzo, propone que se enmiende el informe de la Comisión, reduciendo la cuota a 9 dollars.

Dr. Gómez Brioso, se opone a la enmienda, pero la secunda para que sea discutida.

Dr. J. S. Belaval, pide se acepte el informe de la Comisión. (Dr Brioso secunda.) Se pone a votación y es "aprobada".

El Dr. Gutiérrez Ortiz, lee su ponencia sobre Beneficencia Municipal, la que pasa a la Comisión nombrada para estudiar este asunto y será presentada a la Cámara de Delegados en su próxima reunión de Enero.

(Aplausos al Dr. Gutiérrez Ortiz por su brillante trabajo.)

Se dá un receso de cinco minutos para proceder a la formación de candidaturas.

Se procede a la votación, resultando electos para los puestos vacantes los siguientes compañeros:

Presidente, Dr. Francisco del Valle Atiles.
Vice-Presidente, Dr. Víctor Gutiérrez Ortiz.
Tesorero, Dr. Jacinto Avilés.
Secretario, Dr. José S. Belaval.
Consejero por 3 años, Dr. Pedro Gutiérrez Igaravidez.
Consejero por 2 años, Dr. Mariano Rovellat.

Comité de Legislación y Policía:

Dr. Manuel Fernández Náter.

Dr. José Gómez Brioso.
Dr. Francisco Matanzo.

Comité Científico:

Dr. Manuel de la Pila Iglesias.
Dr. Salvador Giuliani.
(Se levantó la sesión, proponiendo a Ponce para próxima reunión.)

Sesión Académica de la Asamblea Anual de 1915.

Presentes:—Médicos miembros de la Asociación.

El Presidente:—Declara abierta la sesión y presenta al Honorable Gobernador de Puerto Rico, Mr. Arthur Yager, quien pronunció un discurso de tonos altamente congratulatorios para la profesión médica en general, discurso que nos fué imposible tomar literalmente muy a nuestro pesar.

Comienza exponiendo su sentimiento por no poder expresarse en español y suplica al Dr. Ashford que tenga la bondad de interpretarlo.

Dá la bienvenida a los concurrentes felicitándoles por tan magna reunión y al mismo tiempo por pertenecer a profesión tan noble y altruista, que mientras la metralla está asolando los campos, y el mundo entero esforzándose por producir elementos de destrucción para destrozar las vidas, sólo vuestra profesión se dedica a reconstruir lo que otros destruyen, curando los heridos y aliviando piadosamente los sufrimientos de los enfermos, para devolverlos a sus hogares o al campo de batalla. Ella está constantemente recogiendo laureles tanto en las ciudades como en los campos de batalla.

No hay ninguna otra profesión en el mundo, que tan altruistamente procure, como la profesión médica, la desaparición de aquello que justamente le da la vida.

Si los médicos pudieran satisfacer sus más ardientes deseos, ellos concluirían con todas las enferedmades; en una palabra: no quieren que haya enfermos.

Los médicos, no sólo trabajan constantemente por combatir las enfermedades, sino que tambien son los primeros en prestar su concurso a cualquier obra benéfica que se inicia ya sea para mejorar la condición de los pobres o para atenderlos y curarlos.

En el nombre del Pueblo de Puerto Rico y en el mío deseo manifestar a ustedes nuestra gratitud y la estimación por el bien que a manos llenas esparce en nuestra Isla la profesión médica, y me complace poder asegurar a ustedes que el trabajo de más importancia llevado a cabo en la Isla de Puerto Rico, es el trabajo médico, ya que la mayoría de nuestro pueblo es pobre y enfermo, y les ofrece constantemente ocasiones para vuestra obra de altruismo y abnegación.

Bien es cierto que casi todos nos reímos de los médicos cuando estamos en salud, pero no bien nos enfermamos, clamamos por ustedes y los llamamos a prisa, viéndolos entrar en nuestras casas con gran alegría; y a propósito de esto voy a leerles unas líneas de la Sagrada Escritura, que todos podrán verificar su veracidad en el 2o. Chron. Capitulo 16 verso 12o. "And Asa in the thirty seventh year of his reing was diseased in his feet, until his Disease was exceeding great; yet in his disease he sought not to the Lord, but to the physicians, and Asa slept with his fathers died in the one fortheth year of the reing." Yo no sé si el autor lo ecsribió en broma o seriamente, pero el hecho es que buscó al médico y no al Creador, y ríamonos como queramos del médico, yo les felicito por pertenecer a la profesión más noble y más altruista del mundo.

El Presidente, pide al Dr. Ashford que exprese al Gobernador nuestra más sincera apreciación por sus frases para la profesión médica.

Se suspende la sesión por breves momentos, para pasar al *buffet.*

Después continúa la sesión con el discurso del Presidente, que lee como sigue:

Honorable Gobernador, señoras y señores:

No creo que haya puesto de más honor para un médico que el de Presidente de la Sociedad Médica del país en que ejerce. Cualesquiera que haya sido la causa que motivara su elección, es un hecho que el arribo a tan honroso cargo lleva en sí la más alta recompensa que pudiera recibir de aquellos que con él comparten la azarosa vida profesional.

Pero, si honroso es el cargo y grata y dulce es al alma la nota de simpatía que tal elección significa, van en ella vinculadas las más grandes responsabilidabdes.

Para responder a la confianza que le dispensaran sus compañeros, tiene que estudiar a fondo los problemas que a la clase afectan y someter a la consideración de ésta aquellas cuestiones de vital interés sobre las que con mesura y discreción, pero con energía y valor moral, debe actuarse sin pérdida de tiempo.

Consideramos que la Asociación Médica de Puerto Rico tiene, acaso más que ninguna otra de su género, muy serios problemas que abordar en relación con la finalidad que persigue.

No es ni puede ser nuestra Asociación, el simple conglomerado de hombres de ciencia que tratan de fomentar el estudio de la medicina y cirujía o el de cualquiera de sus ramas; no es tampoco el conjunto de elementos profesionales que buscan la defensa de sus intereses; no, la Asociación Médica tiene una misión educativa que cumplir en nuestro pueblo, no exenta, como toda obra de empeño, de graves dificultades y de serios obstáculos.

Obra es ésta de toda la Asociación y no de una parte de ella, y por eso entendemos que es nuestro deber, en estos momentos, llamar a concurso a todos los miembros que la integran para que le den su pensamiento.

Si de especulaciones científicas se tratara, la rama académica de esta institución le daría todo el calor de su entusiasmo, en múltiples ocasiones expresado; si fuera asunto de moral médica, la honorabilidad de su miembros pondría en todo tiempo y ocasión, su mejor voluntad y su más deci-

dido empeño para que la paz moral de la familia médica no sufriera las amargas pruebas del descrédito; si de intereses materiales nos ocupáramos, la cooperación de los elementos perjudicados, más tarde o más temprano, vendría a solucionar los conflictos surgidos; pero es que de nada de esto se trata, aun cuando estas tres cuestiones estén de hecho incluídas en el problema transcendental que resume y sintetiza la obra médica o, mejor dicho, la obra de la Asociación Médica de Puerto Rico, como factor dirigente en lo que afecta a la salud y al bienestar físico de nuestro pueblo.

Si en todo tiempo el papel del sacerdote de la ciencia médica, guardador de los secretos más hondos de la familia humana, ha sido el de endulzar las amarguras de la vida, luchando con las causas o agentes que tiendan a acortarla, sin que se excluyan de estas causas las de orden psíquico también, es en la época actual, de más relieve, por lo extenso de su órbita de acción, ese papel del médico en las sociedades constituídas.

El adelanto vertiginoso de nuestros conocimientos, la mejor penetración de nuestra inteligencia en los secretos de la naturaleza han ido, es cierto, individualizando los campos y limitando las funciones, pero no por esto ha dejado de ser el médico, como el filósofo, el espíritu mejor preparado para dar las luces de su inteligencia luego de haber desentrañado la verdad.

Asistimos, pues, a una época en que la humanidad necesita más del hombre que cultiva la ciencia médica, que de cualquiera otro que desarrolle y produzca la más exquisita obra de pensamiento.

No es ocasión la de ahora de apuntar, más que a la ligera, las grandes empresas industriales, las expansiones territoriales de la civilización, las gigantescas obras de ingeniería, separando continentes y uniendo mares, que se han llevado a cabo en épocas relativamente recientes, y que no pudieron realizarse nunca porque en edades pretéritas la ciencia médica no entró de lleno a dictar sus leyes de profilaxis para preservación y conservación del hombre, antes de que fuera utilizado como factor de trabajo, por su cerebro o por su músculo.

En esos triunfos de las ciencias de aplicación está la mayor y más legítima gloria de la ciencia médica. En esos mismos triunfos debemos hallar nosotros los más ardientes estímulos para la realización de nuestros empeños.

No hay duda alguna de que nuestra labor de la Asociación Médica, ha de encontrar sino un medio hostil, uno desconfiado, receloso e indiferente, y contra la indiferencia, el recelo y la suspicacia es que ha de luchar y debe luchar la Asociación Médica de Puerto Rico.

Nuestro pueblo necesita en el orden de su salud física el consejo y el remedio del médico.

Los conglomerados humanos no pueden hoy vivir con la sola paz que le asegure una policía más o menos perfecta, guardadora del orden público. Ni tampoco pueden vivir con solo escuelas y templos que disciplinen las inteligencias y moralicen los espíritus.

La vida moderna exige que las agrupaciones humanas vivan dentro de una salud perfecta para que puedan desarrollar sus mejores energías en provecho general.

Para responder a esa exigencia es de imperiosa necesidad la actuación del médico, y si el consejo aislado es provechoso, el colectivo es indudablemente más eficaz.

La Asociación Médica, por tanto, está en el deber de llevar a la más alta representación de nuestro pueblo, aquellos consejos que deben asegurar a nuestro país la mayor suma de bienestar en el orden físico.

Desde su fundación ha venido la Sociedad cumpliendo este programa. Ni una sola de las sesiones de nuestra Legislatura ha dejado de recibir un mensaje, una advertencia, un consejo, una sugestión tendente a mejorar las condiciones médico-sociales de Puerto Rico.

Con más o menos fortuna, la Asociación Médica ha ido obteniendo mayor interés público, en asunto de tanta transcendencia. Pero queda mucho por hacer, y hasta que élla no vea en nuestros libros estatuarios leyes inspiradas por su conesjo, cubriendo los tres aspectos en que el médico actúa como funcionario público, no debe descansar en su labor, porque ello no supone una obra egoísta y de interés de clase, sino una obra sana, de buen gobierno para el pueblo de Puerto Rico, que esta Asociación, como factor integrante de su masa, persigue interesada en el desarrollo y mejoramiento del país.

Nuestra actual ley de Sanidad es defectuosa. Las enmiendas sucesivamente hechas a la ley original, que nació imperfecta, no han logrado mejorar ni su espíritu ni su letra y, en la práctica, con honrosas excepciones, no ha dado ni puede dar el resultado que los médicos de Puerto Rico esperaron de ella.

La beneficencia pública municipal, reclama, en la mayor parte de la Isla, una reorganización de tal naturaleza, que no deje vestigios de lo existente.

Acaso, suprimiéndola en absoluto, subiría el papel moral del médico, que, con dolor debemos confesarlo, no tiene precio por ínfimo en ciertos mercados de opinión.

No acertamos a comprender como la Asociación Médica de Puerto Rico pueda dejar pasar una sola sesión de nuestra Legislatura sin pedir reformas para lo que se llama Beneficencia Municipal.

Mas si hasta ahora no concebimos que haya podido ocurrir tal cosa, y no ha ocurrido en efecto, la actual situación, en la que se encuentra el médico municipal por virtud de leyes o parte de leyes aprobadas en nuestra última Asamblea Legislativa, es de tal naturaleza que reclama urgentemente todos los empeños, no ya de los hombres que constituyen la Asociación Médica, sino de todos aquellos espíritus reflexivos, serenos y justos, para que en la próxima sesión Legislativa sea cuidadosamente considerada y reciba la reforma inmediata que merece.

Desde que estas leyes o partes de leyes, afectando al eternamente castigado médico municipal, entraron en vigor, no han dejado de surgir conflictos y producirse quejas que eran de esperarse y que fueron previstos por el Comité de Legislación y Policía de esta Asociación, cuando en enero de este año se legislaba en nuestro Parlamento.

Todos los esfuerzos de este Comité cerca de la representación insular fueron estériles.

La Asociación Médica hubo de ver contra su voluntad implantarse

esta ley y hubo de recibir de gran número de sus asociados quejas y protestas para ante los poderes públicos, pero no quiso hacerse eco de las mismas y acudir a los altos funcionarios de nuestro gobierno, porque confiaba y confía en que los resultados de la ley, conocidos que sean de nuestros legisladores, habrán de convencerles de la necesidad en que están de oir el consejo absolutamente imparcial y deisnteresado, que en todo momento puede y quiere ofrecerle la Asociación Médica de Puerto Rico.

Otro motivo de reforma es la actuación del médico como auxiliar de la administración de justicia.

Cuanto se diga acerca de la necesidad de organizar la medicina forense en Puerto Rico, sería repetir trabajos notabilísimos de compañeros de la Asociación que han ilustrado este tema para poder servir como norma y guía de legislación.

Pero si la falta de esta organización fué siempre un motivo de dificultad para una buena aplicación de los conocimientos e investigaciones médicas a la causa de la justicia, lo que existe hoy en nuestros códigos con pretensiones de responder a esta necesidad, es una ridícula farsa y una perturbación moral y material para el desgraciado funcionario que, por mandato de la ley, se encuentra sujeto al llamamiento de los tribunales de justicia.

De más está decir que este funcionario, en el mayor número de casos, es el médico municipal.

Analizando, pues, los hechos, estudiando serenamente la cuestión, hemos de convenir en que todas estas deficiencias existen, en que todas estas dificultades surgen, porque en la conciencia pública no ha penetrado todavía el espíritu de nuestra clase.

Cuando mayor conocimiento haya de la bondad de nuestros principios, de la buena fé de nuestros propósitos y de la que podemos tomar ejemplo, tanto más fácil será lograr el éxito.

Asistidos como estamos del espíritu de la verdad, alentándonos la obra generosa que realizan otros pueblos, y de la que podemos tomar ejemplo para mostrársela al nuestro, firmes y perseverantes, día tras día, debemos laborar incesantemente por un mejor conocimiento de nuestras legítimas aspiraciones.

Debemos estar orgullosos, sin embargo, de la vitalidad de la Asociación Médica de Puerto Rico, que integra elementos de gran prestigio mundial ganado bajo este sol, y sobre esta tierra eternamente verde, como debe ser la esperanza del triunfo de nuestros ideales.

Sigamos adelante y, con la satisfacción del deber cumplido, esperemos que se nos unan todos aquellos compañeros que no están todavía en el seno de nuestra Asociación y vengan con sus talentos y sus prestigios a laborar con nosotros en bien de la salud del pueblo, que es la obra más generosa y noble que puede realizar la actividad humana.

He dicho.

Empieza la lectura de los temas científicos, comenzando a las 9.30 de la noche.

Dr. Rafael Vélez López:—Tema "Cuestiones Clínicas sobre la Tuberculosis"; al terminar es aplaudido, y el Presidente dice que siendo un

tema de gran enseñanza, desde el punto de vista social, debe tomarlo en cuenta la Comisión de Beneficencia nombrada para que lo estudie. (No hay discusión.)

Dr. Quevedo Báez:—Dá lectura a un interesante tema "Fundamentos Clínicos Antiguos de la Fiebra Amarilla".

El Presidente:—Dice que si el Dr. Quevedo Báez no tuviera ya acreditado entre nosotros su gran talento, la conferencia que acaba de leernos, tan repleta de interesantísimos datos históricos y escrita de una manera tan sencilla y clara, sería suficiente para elevarlo a la altura que ya le conocemos como intelectual y como escritor castizo y puro.

Dr. Guzmán Rodríguez:—Lee un trabajo "Noticias, Notas y Lecturas sobre la Fiebre Amarilla".

Dr. Coronas:—Felicita al Dr. Guzmán Rodríguez por su interesante trabajo.

El Presidente:—Manifiesta a la Asamblea que el Dr. Quevedo Báez trae el encargo del Presidente de la Academia de Medicina, de saludar cordialmente a la Asociación Médica de Puerto Rico.

Dr. Gutiérrez Ortiz:—Dá las gracias a la Academia por su cortés saludo y lo devuelve en nombre de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Dr. Brioso:—Secundado por el Dr. Gutiérrez Ortiz, pide que se levante la sesión hasta el día siguiente a las 10 A. M.

Domingo 12 de 1915, 10 A. M.—Continúa la Sesión Científica.

El Presidente, al declarar abierta la sesión, informa a la Asamblea de las resoluciones tomadas por la Cámara de Delegados de la Asociación en su reunión del 11 de Diciembre de 1915.

Dr. Villaronga:—Comienza la lectura de una conferencia "Pseudo Tifus Icterodes o Falsa Fiebre Amarilla". Consideraciones Clínicas.

El Presidente:—Queda abierta la discusión del Tema del Dr. Villaronga.

Dr. Ashford:—Pregunta si pueden discutirse todas las memorias presentadas sobre fiebre amarilla.

El Presidente:—Dice que el Dr. Ashford podría hacerlo, pero que él cree que la memoria a discusión al presente es la del Dr. Villaronga, que propone el nombre de Pseudo Tifus Icterodes para una serie de procesos patológicos que encajan en un cuadro clínico semejante al de la fiebre amarilla, pero que no lo son.

Dr. Villaronga:—Se reafirma en su opinión de que el diagnóstico diferencial entre la Fiebre amarilla, el Icterus grave y el envenenamiento por fósforos ha sido, es y será sumamente difícil, siempre que no se tengan algunos antecedentes clínicos del caso y que esta dificultad continuará existiendo a menos que el Dr. Ashford pueda encontrar al lado de su monilia el germen etiológico de la Fiebre amarilla.

Dr. Antonio Martínez Alvarez:—Lee un trabajo sobre las diversas formas clínicas de la Filariasis y comienza pidiendo a la Asamblea que le excusen por ser algo gráfico en la exposición de su trabajo.

Dr. del Valle Atiles:—Felicita al Dr. Martínez Alvarez por su laboriosidad e inteligencia al preparar un trabajo de aquella índole.

Dr. Rafael López Nussa:—Comienza su disertación sobre el Tratamiento de las heridas penetrantes del abdómen.

Dr. Vélez López:—Corrobora la opinión del Dr. López Nussa sobre el particular y le felicita cordialmente.

Dr. Avilés:—De acuerdo con el Dr. López Nussa en un todo, sin embargo relata un caso de intervención operatoria tres días después de la herida penetrante y en pleno período de peritonitis, que se salvó.

Dr. López Nussa:—Aclara en el sentido de que a ser posible debe operarse dentro de las primeras 24 horas.

Dr. Gómez Brioso:—Lee un trabajo "Esbozo sobre Higiene Escolar".

Dr. Francisco del Valle:—Pide la palabra para corroborar las opiniones del Dr. Brioso y felicitarle.

Dr. Fracisco Matanzo:—Manifiesta que ya él y otros compañeros se ofrecieron al Comisionado de Educación para practicar exámenes oculares en los niños de las escuelas, y se les negó el derecho de hacerlo, bajo un pretexto futil, y pide que la Asociación Médica de Puerto Rico ofrezca sus servicios en ese sentido nuevamente al Departamento.

Dr. Fernández Náter:—Que en Bayamón quiso él una vez hacer exámenes médicos en las escuelas y para tal objeto montó un local adecuado, pero que también se le prohibió continuar el trabajo.

Dr. Gutiérrez Ortiz y el Dr. Igaravidez felicitan al Dr. Brioso por su trabajo.

Los Dres R. Vélez López, García de Quevedo, Figueroa y Lavandero suscriben la siguiente proposición a la Asamblea, que se solicite de las autoridades de Instrucción la correspondiente autorización de visitar las escuelas públicas de Puerto Rico, con el objeto de llevar a la práctica las observaciones médicas necesarias y rendir un estudio que contenga todas las observaciones recogidas y exprese las modificaciones que deban introducirse en el sentido de la Higiene Escolar.

Dr. Mariano Rovellat.—Dá lectura a su trabajo "Valor de las pruebas Colorimétricas en los exámenes Clínico Médico legales".

Discusión:—Dres. Matanzo y Rafael Vélez López.

Dr. Leopoldo Figueroa:—Lee su trabajo "Un caso de Parálisis Radial por exostosis del humero consecutiva a una fractura".

Discusión:—El Dr. Rovellat hace algunas observaicones al trabajo del Dr. Figueroa.

El Presidente:—Dice que quedan aún muchos trabajos por leer y el tiempo es muy corto, que se suprimn las discusiones, pero que puedan llevarse a cabo en las reuniones mensuales de las Asociaciones Médicas del Distrito, y se aplaza para una de estas reuniones la discusión del trabajo del Dr. Figueroa.

Dr. S. Giuliani:—Dá lectura a su trabajo titulado "Citología del Esputo y reacciones Metacromáticas". (Aplausos calurosos.)

Dr. Monagas:—Nos deja oir su tema "Algunas consideraciones acerca de fenómenos cerebrales de orden meníngeos, observados en niños afectados de infección palúdica álgida".

Dr. Guzmán Rodríguez Jr.:—Presenta un caso de "Ataxia Locomotriz", muy bien estudiado.

Dr. Avilés:—Presenta un trabajo "Estudios de los diferentes métodos

de ventro suspensión del Utero, con referencia a sus resultados prácticos ulteriores".

La hora era tan avanzada, que no fué posible terminar el programa científico.

El Dr. Francisco del Valle Atiles, cerró la Asamblea con un bien pensado discurso.

INDICE DE LOS TRABAJOS PUBLICADOS EN EL "BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO", DURANTE EL AÑO 1915.

A

	No. Boletín	*Página*
Asamblea Anual del 1915, *Nota Oficial*	108	225
Academia de Medicina	106	74
Anemia de Puerto Rico y sus causas.—*Dr. García de Quevedo*	107	88
Academia de Medicina de New York. — Hernia del Ovario	107	127
A lo que estamos obligados.—*Dr. F. del Valle Atiles*	108	148
Aceite de Chenopodium recientes experiencias con su empleo en la Unciniariasis.—*Dr. Víctor G. Heister*	108	173
Algunas consideraciones acerca de fenómenos cerebrales de orden meringeos, observados en niños afectados de infección palúdica.—*Dr. Jsús Monagas*	109	277

B

Bibliografía	106	75

C

Colonia de Alienados.—*Dr. F. del Valle Atiles*	107	78
Cesárea abdominal en la eclampsia.—*Dr. J. del Toro*	107	81
Conduncta antiprofesional en Ohio	108	204
Conferencia Científica de la Asociación Médica del Distrito Norte	108	224
Citología del Esputo.—*Dr. S. Giuliani*	109	261

D

Diarrea Tropical (Sprue)	106	66
Dr. Salvador Bavi Bracons	106	75
Disfagia Tuberculosa, su Tratamiento. — *Dr. S. Giuliani*	107	83

E

Editorial.—*Dr. F. del Valle Atiles*	106	1
El Sueño del Doctor.—Por *V. C. Vaughan*	106	1
Epidemia de Fiebre Tifoidea en Barcelona	106	62
El Médico y la Ley Harrison sobre Narcóticos	106	71

F

	No. Boletín	*Página*
Fiebre Tifoidea y su Tratamiento.—*Dr. Vernier*	107	97
Fundamentos Clínicos antiguos de la Fiebre Amarilla.—*Dr. M. Quevedo Báez*	109	242

H

Hernia diafragmática y Apendicitis Subclavicular	107	129
Hernia (Crural) of the Right Ovary.—*Dres. Avilés y Laugier*	106	12
Higiene Personal	107	138

I

Ineficacia de las Drogas en Ciertas Afecciones.—*Dr. M. Pujadas Díaz*	106	10
Instrucciones relativas a la lucha Stegomicida.—*Mision Bouet Roubad*	107	112
Informe de los trabajos Médicos Quirúrgicos, realizados en el segundo Distrito de San Juan.—*Dr. Martínez Alvarez*	108	216

L

La Debilidad de la Mente y su influencia en nuestro Organismo Social.—*Dr. F. del Valle Atiles*	106	18
La Sesión Académica de la Asociación Médica de Puerto Rico	107	142
Los Beneficios de la Guerra	107	144
La cirujía de las vías biliares.—*Dr. B. Vélez López*	109	270

M

Moniliasis y fermentaciones intestinales.—*Dr. B. K. Ashford*	106	2
Malaria, Tratamiento específico de sus formas malignas.—*Dr. C. C. Bass*	108	169
Moral Médica (Principios)	108	206
Medio seguro de destrucción de las larvas	108	175
Micosis de la Faringe.—*Dr. F. H. Rivero*	109	234

N

Nota Oficial	106	50
Notas Clínicas sobre cuatro casos de partos en presentación de cara.—*Dr. J. S. Belaval*	108	149
Notas Varias	108	195
Noticias, Notas y lectura sobre la fiebre amarilla.—*Dr. Guzmán Rodríguez*	109	254
Necrología	108	223

	No. Boletín	Página
Notas Oficiales	107	141
Notas Oficiales	109	282
P		
Propaganda por la Reforma	106	73
Patología Tropical.—*Dr. A. A. Da Matta*	108	160
Paludismo sin anofelismo.—*Dr. Maurice Boigey*	108	188
Q		
Quosque Tandem	106	63
R		
Resultados ulteriores de la Ventro Suspension del Utero.—*Dr. Jacinto Avilés*	109	265
Reunión de la Asociación del Distrito Norte	109	283
Reunión de la Cámara de Delegados en la Asamblea Anual 1915	109	289
Reunión de la Asociación Médica del Distrito Norte	106	51
Revista del Año.—*Dr. Francisco del Valle Atiles*	109	227
S		
Sesión Académica de la Asamblea Anual de la Asociación Médica del año 1915	109	299
T		
Tuberculosis y salud pública.—*Dr. H. M. Landis*	108	177
The Einhorn duodenal Tube.—*Dr. L. W. Crossman*	109	231
Trastornos provocados por alimentación excesiva. —*Dres. Weill y Mouriquand*	108	185
The realation of the genus "Monilia" to certain fermentative conditions of the intestinal tract in Porto Rico.—*Dr. Bailey K. Ashford*	109	43
U		
Uso del Utero en la Reparación de la Fístula Vesico-Vaginal.—*Dr. J. del Toro*	108	14
V		
Virilismo Supra-Renal.—*Dr. Tuffier*	107	131
Vesiculitis (Non Gonorrhoeal). — *Dr. Walter R. Glines*	108	159

Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

1916.

Presidente: Francisco del Valle Atiles, M. D.,
San Juan, P. R.

Vice Presidente: Víctor Gutiérrez Ortiz, M. D.,
Ponce, P. R.

Tesorero: Jacinto Avilés, M. D., San Juan, P. R.

Secretario: José Belaval, M. D., San Juan.

CONSEJO

Bailey K. Ashford, M. D., San Juan, P. R.

Mariano Rovellat, M. D., San Juan, P. R.

Pedro Gutiérrez Igaravídez, M. D., San Juan, P. R.

Editor del Boletín: Francisco del Valle Atiles, M. D.,
San Juan, P. R.

Editores Auxiliares: Jacinto Avilés, M. D.,
San Juan, P. R.

José S. Belaval, M. D.

José S. Belaval, M. D.,

SUMARIO

Páginas.

Digesto Médico.—**Dr. Francisco del Valle** 1

Un Caso de Parálisis Radial.—**Dr. Leopoldo Figueroa** ... 9

El Eter Evaporado y Calentado en combinación con el oxígeno como anestésico de preferencia.—**Doctor Jorge del Toro** 12

Observaciones Clínica-Miscroscópicas sobre la Filariasis. —**Dr. A. Martínez Alvarez.** 17

Ebstracto de la Sesión Académica de la Asociación Médica del Distrito Norte 22

Apropósito de un Reciente Debate. — **Doctor José N. Carbonell** 24

Memorial presentado ante la reunión de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico. —**Dr. V. Gutiérrez Ortiz** 26

NOTAS OFICIALES:

Extracto del Acta de la reunión conjunta de la Cámara de Delegados, Comité de Legislación y Policía, Consejo y Comisión Especial 34

Segunda Reunión Conjunta de la Cámara de Delegados, Comité de Legislación y Policía y Comisión Especial 35

Proyecto de Ley Organizando el Servicio de Beneficencia Pública en Puerto Rico 42

Le faltó un cabo 48

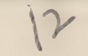
Asunto de importancia 49

Necrología 55

BOLETIN
DE LA
Asociacion Medica de Puerto Rico.
ORGANO OFICIAL

PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XII — MARZO 1916 — NUMERO 110



DIGESTO MEDICO.

POR EL DR. F. DEL VALLE ATILES.

La Asociación Médica de Puerto Rico cuenta un año más de existencia; el BOLETIN, entra en el décimo tercio período anual de su publicación. Estos son hechos que demuestran la vitalidad de que goza aquélla. En cuanto a su eficiencia, no obstante habérsela negado algunos compañeros, que por otra parte no contribuyen en modo alguno a dársela, sólo diremos que: "La longevidad de cualquiera organización depende de su eficiencia en prestar servicios. Cuando una institución cesa de ser útil, su caída próxima es inevitable. Esta ley se aplica a las organizaciones médicas, de igual modo que las instituciones sociales." Es así que nuestra sociedad sigue vivendo, luego es útil. Y si es útil, todos los médicos portorriqueños estamos moralmente obligados, aunque no fuera más que por interés propio, a alimentar esa vitalidad, de que está dando pruebas; prestándole su concurso efectivo, inscribiéndose entre sus miembros los que no lo son aún; y los que ya lo son, y sobre todo los que tienen cargos en la Asociación, concurriendo a las sesiones que se celebran.

Es un espectáculo que no dice bien de la clase médica, la falta de concurrencia a sus actos. El mal no es propio y exclusivo de la clase médica en Puerto Rico, ni tampoco del país; pero el que así sea, no nos alivia; y lo que parece más lógico es que nosotros nos curemos del mal nuestro, sin que nos sirva de lenitivo el que otros lo padezcan .

"Las organizaciones, como los individuos, deben crecer; este crecimiento hace necesario proveer para las nuevas relaciones que su desarrollo procura. Sus miembros sólo pueden ser inducidos a atender a las reuniones, cuando las actividades de la sociedad comandan "Atención", y entonces ordenan una acción que mantiene el interés. Aquellas sociedades que están "haciendo algo" en el campo de la ciencia, social y sociológicamente, son las que se sienten más satisfechas con la asistencia y con el leal apoyo de sus miem-

bros en todas sus empresas'', dice el **Boletín de la Asociación Médica Americana,** en un folleto en el que recoge las ideas de varios médicos acerca de la manera de inducir a una mayor asistencia a las reuniones de la sociedad . Sin duda es preciso que ideemos un medio que traiga a nuestras reuniones el interés de los asociados; pero el primer deber de todo asociado con cargo, es estar presente en esas reuniones, salvo, por supuesto, en los casos de justificada causa impediente.

Si los miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico nos empeñáramos en ello, podríamos darle aún mayor y más expléndido desarrollo. Es de esperarse que el año en que hemos entrado sea fecundo no solo en buenos deseos, sino en hechos por parte de todos los que estamos realmente interesados en el buen nombre de la clase médica portorriqueña.

* * *

No son raras en nuestra profesión, las manifestaciones de descontento a causa de que el curanderismo no es reprimido, a pesar de que éste infiere más daño al público que a los médicos mismos; ni faltan las quejas por motivo de las decepciones de parte de los clientes; ni escasea el sentimiento de mortificación experimentado en el desempeño de cargos oficiales, ya en los municipios, ya en otros organismos del gobierno. Todo esto tiene fundamento, y es exacto que no siempre reciben los médicos la debida consideración a que, por sus conocimientos y misión, tienen derecho.

Pero en la producción del fenómeno corresponde alguna culpa a ciertos miembros de la clase médica, que por motivos diversos contribuyen a que la profesión sufra menoscabo. La competencia profesional que no se apoya en los mayores conocimientos y habilidad, sino en el descrédito del compañero; los medios poco escrupulosos de hacerse de una clientela, amparándose hasta del charlatismo para aumentarla; el indiferentismo de los que eluden toda acción que se sume al trabajo del ejercicio profesional, aunque sea en beneficio de la clase; todo esto concurre, con otras causas sin duda, a que la profesión médica no siempre sea respetada, y a que se experimente dentro de ella cierto malestar, abatimiento, desconfianza mutua quizá, y, por encima de todo, a que no se sienta la colectividad tan dignificada como corresponde a sus importantísimas funciones sociales.

Estas consideraciones nos las ha avivado la lectura de un artículo

del Dr. César Juarros acerca de lo que él llama el Redentorismo, que parece ser un mal reinante en España, y que, en términos generales, viene a ser como un abandono de los intereses de clase en manos que, sólo aparentemente, gozan del poder de defenderlos. La culpa del florecimiento del redentorismo, la hace recar este autor, en los médicos mismos:

"A mí que me dejen en paz, yo sólo me ocupo de visitar". Esta frase, que se oye en boca de no pocos médicos, expresa repugnancia a intervenir en nada que pudiera restarles simpatías, o tiempo, incluso en lo que interesa a la vida poofesional colectiva; y es lo peor que tal conducta se considera por algunos como unida a cierta austeridad mental, como dice el Dr. Juarros, y mientras tanto: "Los destinos de la Patria andan manejados por abogados, y los de la profesión están a merced de los redentores."

"Los médicos, por ser los hombres de carrera que más sabemos de cómo es el hombre, de cómo vive y de cómo muere, tenemos un alto y sagrado deber: el de intervenir en la vida de la Nación, y, por ende, en la de nuestra profesión."

Otro factor, aparte de esta cómoda y casi delectiva indiferencia, anota el escritor citado, y es la sugestión periodística que hace aparecer, en los pueblos, a personas que carecen de influencia, como aureoladas de fuerza y de prestigio: "Allá, en el rincón de la aldea, la letra impresa posee aún enorme poder de sugestión. A fuerza de oir y leer; eminente, sabio, abnegado, luchador, y demás falange de manidos adjetivos, el médico rural, aislado, un poco absorbido por el ambiente lugareño, ansioso de oir cosas gratas, acaba por entregarse al encanto de creer, de tener ilusión".

Acaso algunas pinceladas de este cuadro habría que borrarlas, si quisiéramos dar una idea exacta de como se desenvuelve la profesión médica en Puerto Rico; pero es indudable que, considerando al médico titular, podemos hallar, en no pocos casos, que su situación no es nada halagadora. Suele acaecer que algunos compañeros contratados para prestar servicios municipales, se ven compelidos a servir intereses no profesionales, so pena de perder sus destinos, o a prestar servicios médicos por una escasa remuneración o gratuitamente. Y estos males, y la falta de consideración que tales abusos denuncian, podrían evitarse venciendo la indiferencia de los más y fomentando la cohesión profesional.

Para explicar en parte el por qué el médico rural en España deja a otros la defensa de sus intereses, dice el doctor Juarros.

"Es preciso haber frecuentado el vivir monócrono de los pue-

blos, haber presenciado la lucha constante, implacable de los médicos titulares con los aldeanos, con los caciques, con los políticos de campanario, con el medio en fin, para comprender la facilidad conque esos héroes anónimos han de abrir su alma a la esperanza.''

Y para desilusionarlos de esta esperanza añade:

''Por culpa de sus torpezas—la de los redentores ''pour rire''—han fracasado las ideas más viables; por culpa de su charlatanería, anunciando mejoras que sabían de imposible realización, se han acostumbrado los médicos a no hacer nada por sí, a esperar que todo se lo den hecho''.

El buen sentido de los lectores del Boletín de la Asociación Médica bastará para deducir las enseñanzas y la aplicación que tienen en nuestro país las ideas del doctor Juarros.

* * *

La relación que existe entre las cuestiones de salud pública y de educación, ocupa la mente de los médicos que estudian el problema de combatir las enfermedades que afligen a la humanidad, porque es innegable que: ''Donde no hay educación (y educación significa organización) con respecto a la salud, los intereses sanitarios permanecen inertes''. Así se expresa el comentarista de un editorial del Boletín que publica el Departamento de Sanidad del Estado de New York en el que, entre otras afirmaciones se lee: ''Una de las principales necesidades del movimiento (organización sanitaria) es una coordinación mejor de las varias actividades locales en el trabajo de Sanidad; y un plan del consejo de sanidad central, delineando una campaña sanitaria constructiva para cada ciudad o villa, y presentada a la consideración de aquellos que están trabajando por una eficiente administración sanitaria local, lo que constituye un factor esencial de toda enseñanza contra las enfermedades evitables.'' La gran fuerza educativa es la que ha de auxiliar al esfuerzo altruista y económico en la prevención de las enfermedades en todos los países civilizados; pero exige ciertos cambios en el esquema educativo lo mismo en Puerto Rico que en otras partes; pues a nosotros nos son aplicables los siguientes conceptos que traducimos del ''Public Health'' de Michigan: ''Creemos que el más grande de los poderes educativos de nuestra República es la escuela, y también creemos que ella no ha llegado al Cénit de su influencia en la eficiente educación de las masas de nuestro pueblo común. La tendencia educacional es muy reducida, muy indefinida en propó

sitos, falta de ideal y de dirección. Lo esencial de una eficiente educación es; cuerpos saludables, fines morales, ideales cívicos; y estas cosas no se han considerado como las más importantes, en nuestro plan de educación; y hasta que lo sean, no obtendremos resultados en relación con lo que se espera de aquélla. Esperamos demasiado de nuestras escuelas y maestros, tales como son dado el medio que les rodea; y seguiremos generación tras generación ignorando sus puntos débiles, y repitiendo los errores que en ellos se observan. Estamos procediendo en educación guiados más por las tinieblas, que por las luces; por nuestra ignorancia, prejuicios e indiferencia. "Salud Pública y Educación" significan algo más que puras palabras . Es un plan, una demostración de como salvar los niños. El único camino para triunfar en la campaña contra la tuberculosis, es una organización en beneficio de la salud."

"Los veinte millones de niños de escuela que están en la edad escolar, el más de medio millón de maestros de las escuelas, determinarán nuestro status, el carácter, los ideales del futuro de nuestro estado y de la nación, en sanidad y civismo. La salud debe ser lo primero para los niños de las escuelas y para los maestros. Actos son los que se necesitan ahora, no sueños de las grandes cosas que vamos a hacer luego!"

* * *

Una de las cuestiones más interesantes entre las que pueden ocupar la atención de los gobiernos en los pueblos civilizados, es la relación que existe entre la condición física del individuo y su capacidad intelectual y conducta moral. Está probado que lesiones físicas de poca importancia; adenoides, cortedad de vista, poder auditivo limitado, caries dental, etc. son defectos relacionados de modo claro con la intelectualidad y condiciones morales del hombre. Así se ha visto, después de establecido el servicio de inspección médica de las escuelas públicas en algunas ciudades, que se ha logrado cambiar, mejorando, el poder intelectual y el carácter de niños, en los cuales se había descubierto una lesión al parecer insignificante, y que una vez curada, con el restablecimiento de la salud, se ha devuelto al escolar su intelectualidad normal y se ha mejorado notablemente su carácter.

En los países en que se ha establecido el servicio de inspección médica de las escuelas, se hace por el médico, encargado de tan trascendental asunto, un examen completo del alumno, y se le re-

comienda a los padres el tratamiento necesario para corregir sus defectos si los tiene. En el caso de un rico, la remoción de glándulas, corrección visual, curación de caries dental, u otro trabajo profesional que el caso exija, el problema es fácil de solución; pero en el caso de niños pobres, se necesitan dispensarios y hospitales gratuítos, para que la inspección médica llene por completo sus fines. De modo, pues, que no basta instituir la inspección médica de las escuelas, si ésta no se acompaña con un servicio anexo adecuado, para que los pobres reciban los beneficios de aquella. Que esto cuesta dinero, no hay que discutirlo; pero, ¿es que las cárceles, reformatorios y presidios no cuestan grandes sumas, y por cierto cada vez mayores, al Estado?

Si está demostrado que ciertos defectos estimulan el crimen, ¿no sería más económico gastar en corregir esos defectos? El Estado tiene por principal deber la prevención del crimen antes que el castigo de la delicuencia; y parece fuera de duda que los sujetos enfermizos están más predispuestos al crimen; y que éste, la embriaguez, la vagancia, etc. constituyen enfermedades en no pocos casos.

Un servicio completo de prevención debería incluir, no sólo la provisión de medios para descubrir en los niños de las escuelas sus defectos subsanables, sino que debería proveer también para que en las casas de corrección y en las prisiones hubiesen médicos y dentistas competentes á fin de que los desgraciados reclusos recibieran no sólo los cuidades necesarios cuando estuviesen enfermos, sino las atenciones conducentes al objeto de corregirles sus defectos físicos, incluyendo en estos los dentales: pues acaso dependa su delincuencia de una circunstancia aparentemente fútil.

El doctor Frank L. Christiann, Superintendente auxiliar de la Casa Reformatoria del Estado de Nueva York, en Elmira, que es un criminalista notable, dice: "Nuestro examen de unos quince mil delincuentes que han sido confinados aquí, demuestra que el sesenta y tres por ciento tienen los dientes en mal estado. Esta inspección indica además, que esos muchachos son también "físicamente inferiores" por otros conceptos; que son cortos de vista que tienen mala audición, tuberculosis y otras condiciones patológicas, todas las que deben ser corregidas. En orden de obtener los mejores resultados y proporcionales una oportunidad para que se transformen en ciudadanos respetuosos de la ley, es esencial que se les den todas las oportunidades para que lleguen físicamente al más completo estado normal que sea dable."

Por su parte el Coronel José F. Scott, jefe de las prisiones del Estado de Nueva York, cree que se debe dar especial atención a la salud de los presos y que convendría emplear especialistas para que les diesen el debido cuidado. No faltarán espíritus superficiales que consideren esto una utopia; pero los criminalistas modernos sostienen de un modo concluyente que tal práctica es ventajosa y económica.

Médicos y dentistas deben preparar el campo para que la semilla de la moral caiga en terreno sano y fecundo, y produzca los frutos deseados, lo mismo en los niños que en los adultos.

* * *

La más importante cuestión social de nuestros días relacionada con el mejoramiento de la raza y la disminución de la criminalidad es la que se refiere al estudio de la Debilidad Mental como causa de degeneración y perturbación del sentido moral.

Un joven portorriqueño ,el señor C. S. Rossy, Investigador Especial de la Junta del Estado de Massachusetts para el estudio de la Demencia, viene publicando informes muy interesantes en el Boletín que publica dicha Junta. Del número 17 de esta publicación, en el cual se da cuenta del examen psicológico de 300 criminales de la Prisión del Estado de Massachusetts, tomamos esta nota en la que se comprueba por nuestro ilustrado paisano que:

En los 300 sujetos examinados psicológicamente, se encontraba un 22 por 100 de Débiles Mentales; el 9.6 por 100 estaban en el límite de la Debilidad Mental y el 3.3 por 100 eran psicóticos presumibles. El 22 por 100 de Débiles Mentales eran casos que exigían custodia en cuanto a que su deficiente mentalidad y significativa historia indicaban la necesidad de ser vigilados.

Los delitos cometidos por estos sujetos se clasifican en: ofensas sexuales, crímenes contra la propiedad y crímenes contra la vida.

Los cuadros demostrativos, que presenta en el trabajo a que nos referimos, nos dan a conocer los siguienes interesantes hechos: (1o.) Que el más alto por ciento de los Débiles Mentales se encuentra entre los penados culpables de ofensas sexuales, y el más pequeño, entre los recluídos por delitos contra la propiedad; (2o.) Que el por ciento de probables psicóticos es más alto entre los presos culpables de delitos contra la vida.

Las ofensas sexuales comprenden incestos, sodomías, abusos carnales sobre niñas, bigamía; y entre los culpables de estos delitos, los

que habían alcanzado una mentalidad más alta no tenían sino la correspondiente a los quince años, según la Escala Point; mientras que la edad fisiológica de los mismos, era la de la responsabilidad legal.

La prensa ha señalado en nuestro país el aumento de locos y de criminales durante los últimos años. El hecho, una vez comprobada su exactitud, debería ser estudiado desde el único punto en que se puede contar con un remedio positivo, o sea desde el de la existencia de los Débiles Mentales. número de estos; y adopción de medios para remediar el mal que tan grave es desde el punto de vista de los intereses de la raza y de la moralidad.

* * *

El problema de combatir los mosquitos en Puerto Rico no ha sido aún resuelto de una manera satisfactoria, ni creemos que lo sea en mucho tiempo, a causa del gasto que ésta empresa demanda, si ha de tener éxito satisfactorio. En los mismos Estados Unidos, en donde los recursos de que se pueden disponer son enormes, se acaba de proponer no hace mucho el establecimiento de una comisión compuesta de representantes de los distintos Estados para combatir los mosquitos durante el año 1916, con el fin de que no se repitan las ocurrencias del verano del pasado año,durante el cual la ciudad de New York, Westchester County y los Estados vecinos sufrieron mucho de esta pública incomodidad. New York ha comprendido que era necesaria una vigorosa campaña emprendida simultáneamente en Connecticut, New Jersey y Westchester County, sin la cual no se puede esperar un alivio permanente de la situación en el Estado. De aquí la idea de la comisión, y el haberse invitado, para colaborar en la empresa, al Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

La situación en San Juân, dentro de los límites de nuestra extensión territorial, es análoga. Toda campaña para disminuir y exterminar, si fuese posible, los mosquitos de la ciudad de San Juan, debería llevarse a cabo simultáneamente en las poblaciones y distritos vecinos de Río Piedras, Bayamón y sus Barrios; cosa no difícil y conveniente si se dispusiera de medios, toda vez que dichas localidades están próximas a la Capital y ellas han de tener tanto interés como San Juan en combatir los mosquitos. Lo mismo es aplicable a todas las poblaciones de la isla con relación a sus vecinos. Al departamento de extinción de mosquitos en nuestra isla

no se le ha reconocido aún toda la importancia que tiene su actuación para precavernos de enfermedades, que no deberían ya causar más pérdidas ni de vidas, ni económicas. Si esta importancia se le reconociera, se le proveería con medios abundantes para una campaña general en toda la Isla.

UN CASO DE PARALISIS RADIAL CONSECUTIVA A UN PROCESO DE EXOSTOSIS POR FRACTURA DEL HUMERO. (*)

EXPLICACION DEL MECANISMO DE LA FRACTURA

FUNDAMENTO QUIRURGICO DEL CASO

HISTORIA CLINICA

POR EL DR. LEOPOLDO FIGUEROA.

C. R. natural de San Juan, de 22 años, blanco, de estado soltero, de oficio tipógrafo, tiene como antecedentes hereditarios los siguientes: padre murió de asma y la madre como de 60 años aún vive; tiene dos hermanos quienes disfrutan de un perfecto estado fisiológico.

Como antecedentes patológicos expone haber tenido sarampión y tifoidea ya hace tiempo sin que jamás haya tenido infección venerea a tipo alguno.

Enfermedad objeto de la consulta: Es, según puede verse en el retrato adjunto un joven bien constituído, y la relata como sigue: "En la tarde del 28 de Septiembre de 1914 estaba como de costumbre dedicado al sport del Base-Ball; ocupaba el box del pitcher (el que lanza la bola para ser bateada) y trató de lanzar la bola al catcher (el que recibe la bola detrás del bateador) por debajo del brazo o séase describiendo con su brazo derecho una circunferencia de abajo hacia arriba, de delante hacia atrás, de atrás de nuevo hacia adelante, cuando al soltar la bola noté un dolor agudísimo en la parte media del brazo, a lo que siguió la impotencia funcional del mismo; mientras fuí llevado al cuarto de socorro mis compañeros me

---

(*) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 12 y 13 de 1915.

hicieron una aplicación de mentol y al llegar a aquél me entablillaron el brazo''.

Un proceso de asfixia local le hizo ir donde el practicante Feijoo quien retiró el entablillamiento poniéndole otro con carácter provisional mientras era tratado por un médico; en estas condiciones fuí requerido en mi calidad de tal habiendo examinado el paciente y



El fotogrado representa el miembro de la parálisis al mes y 17 días después de la intervención quirúrgica

encontrado un foco de fractura hacia la parte media del húmero la cual fué reducida y tratada por el aparato de Hernequin.

Al décimo día el paciente sintió trastornos hiperestésicos y dos días después notaba la ''caida de su muñeca'' mientras sentía anestesiada la región posterior del antebrazo.

Consultóme nuevamente y al instante formulé un diagnóstico de paralisis radial al ver la flexión de la muñeca y de los dedos (antagonismo mediano y cubital) y la imposibilidad de los movimentos

de extensión. La sensibilidad estaba alterada existiendo anestesia en la región posterior del antebrazo sin la concomitancia de trastornos de atrofia muscular.

Examinada la parte media del húmero se notaba una zona abultada, dolorosa, de consistencia dura al parecer osea, que nos llevó la formación del juicio de la existencia de un callo vicioso en vía de formación, por lo cual en compaña del doctor López Antongiorgi confirmamos en un radioscopia dicho juicio diagnóstico.

Le indiqué al paciente esperarse unos días con el fin de observar la evolución del callo, pues a veces la regresión se efectúa haciendo la naturaleza por sí lo que nunca tan bien como ella puede hacer el arte quirúrgico, aconsejándole para entonces su ingreso en el Hospital a fin de ser operado, pues se trataba de una "paralisis radial debida a la compresión de este nervio por el callo vicioso formado en el foco de fractura.

Después el paciente ingresó en el Hospital Municipal pero habiendo estado en este unos días sin ser operado, impaciente pidió su baja e ingresó en el Hospital Municipal de Bayamón el 8 de Diciembre, en donde auxiliado por el médico director de ese plantel doctor Fossas y del practicante Granela, lo operé el 10 de Diciembre.

La técnica seguida en el acto operatorio fué incindir sobre el callo siguendo el borde externo del braquial anterior encontrando en el canal de torsión una protuberancia osea, en cuyo espesor existia un conducto por donde pasaba el radial, era un callo que había envuelto en forma de túnel al nervio que tiene por función los movimientos de extensión y supinación.

Procedí a la destrucción del callo libertando el nervio que estaba algo adelgazado y rojizo, procediendo a suturar de primera intención; al noveno día corté los puntos y a los doce días abandonaba el paciente el Hospital para ir periódicamente a mi oficina de modo a observar la reacción que tuviere lugar; no quise pasar corriente eléctrica alguna con el fin de dejar la reacción per se, la cual se inició a los 26 días quedando de alta mi paciente al mes y 17 días por ya disponer de todos sus movimientos braquiales y por tanto haber desaparecido la parálisis radial.

CONCLUSIONES.

Hemos presentado nuestro caso por la doble importancia que entraña:

1o. Por la rareza de la fractura así como también su mecanimo indirecto por torsión.

2o. Para precisar la indicación operatoria, si se quiere tener franco éxito, antes que comiencen los fenómenos de degeneración y por tanto las manifestaciones de atrofia muscular.

EL ETER EVAPORADO Y CALENTADO EN COMBINACION CON OXIGENO COMO ANESTESICO DE PREFERENCIA. (*)

DR. JORGE DEL TORO.

Cirujano del Hospital Municipal, San Juan, P. R.

Dejemos por admitido el hecho de que el éter es un anestésico general menos peligroso que el cloroformo, y que el cloroformo es menos peligroso que el éter en los dias tropicales. A mi manera de entender, la única ventaja que el cloroformo ofrece en los climas tropicales es la de ser más caliente que el éter. Siendo el cloroformo más caliente que el éter, y haciendo en los trópicos más calor que en las zonas templadas, se vé claro que la relación de calor a frío es menos marcada en los trópicos que en las zonas templadas con respecto a la temperatura producida por la evaporación del éter. Es decir: un paciente que vive en un clima frío, al inhalar éter, recibe menos impresión que un paciente que vive en un clima cálido, por razones de la adaptación al medio ambiente. En cuanto a lo local, a nuestro caso en Puerto Rico, el uso casi exclusivo del cloroformo ha sido cuestión de costumbre. Una vez fuí preguntado por un miembro muy conocido de nuestra profesión el ¿por qué era que nosotros, viniendo de los Estados Unidos, donde se usa el éter casi exclusivamente, no usábamos mejor éter que cloroformo? Trataba de demostrarme las ventajas del éter sobre el cloroformo, y tenía razón el ilustre colega. La causa no es otra que la costumbre, la que ha traído también la falta de conocimientos en la administración del éter. Y dicho sea de paso: salvo algunas excepciones, parece increíble que en Puerto Rico el factor más delicado de la práctica quirúrgica sea al menos considerado, y casi siempre encargado a manos inexpertas!

Siento encontrarme lejos de Puerto Rico y no poder dar una

(*) Trabajo leído ante la Asamblea General de la Asociación Médica del Distrito Norte el 23 de Diciembre de 1915.

estadística detallada de la anestesia en el Hospital Municipal. En los últimos años he dado la preferencia al éter. Calculo que durante mi práctica allí se deben haber administrado alrededor de dos mil anestesias generales en casos de operaciones practicadas por miembros del "Staff" del Hospital. Solamente han habido dos defunciones atribuíbles directamente a la anestesia. Uno fué un paciente varón, de color y ya avanzado en años. Falleció en el estado de inducción. Era un caso peligroso por debilitación. El segundo caso ocurrió en la segunda anestesia de una operación en dos tiempos con unos ocho o diez días de intervalo. Era una paciente joven, en toda la fuerza de la vida. Falleció de síncope cardiaco durante el período de inducción. Este fué un verdadero caso "noci-association", acompañado tal vez de anafilaxia al cloroformo provocada por la primera anestesia. En ambos casos se administró el cloroformo. La administración de éter no ha causado ninguna defunción directa en nuestra práctica. Me limito solamente a los accidentes fatales; los accidentes no fatales y secundarios me es imposible tratarlos por razones ya expuestas.

Hasta hace pocos años se enseñaba que el éter debería ser administrado de un modo concentrado; luego se probó que podía administrarse en menor concentración usando de la mascarilla común de cloroformo. Más tarde vino su uso evaporado, luego evaporado y calentado y últimamente evaporado por medio del oxígeno o aire y calentado. Aún estamos en un período de experimentación, y hay algunas autoridades en la materia que dicen ser suficientes la evaporación sin necesidad de la calefacción; pero según otros, y así creo, y con especialidad en nuestro clima, el proceso de calefacción es de la mayor importancia.

Al empezar los nuevos métodos de administración de éter en el Hospital Municipal, lo hicimos mediante el aparato de "Caine", que consiste de un fuelle, una botella de evaporación y un aparato (serpentina) para la calefacción.

El fuelle se usa para la producción de la corriente de aire que va a la botella de cristal que contiene el éter para ser evaporado. La mezcla de éter evaporado pasa por la serpentina del calentador y de allí al paciente. El percentage de éter puede variarse mediante la introducción más o menos profunda del tubo de ingreso del aire y la calefacción exterior de la botella de evaporación. El fuelle—que es funcionado con el pie—es algo molesto y deseábamos evitarlo, y deseábamos también añadir oxígeno al éter. Con este objeto, hicimos uso de un "vacunm cleaner" (barredor al vacío)

para la producción de la corriente de aire, y de un generador de ozono. El "vacuum cleaner" de que hicimos uso es de los de tamaño grande y funcionado por corriente eléctrica. Usamos de su mecanismo al revés. El tubo por donde entra el polvo (cuando el aparato se usa para lo que fué hecho) se dejó libre, y el tubo de éxito del aire al cual el polvo le ha sido filtrado, lo usamos para obtener la corriente de aire, la cual conducimos a la botella de evaporación por un tubo de goma largo de 1|2 pulgada de calibre.

Estudiando el volumen de aire producido por el aparato, su velocidad y el calibre del tubo trasmisor, logramos obtener una cantidad de aire en la corriente cuyo volumen es aproximado a las necesidades del aire inspirado por el paciente. Este aparato lo colocamos fuera del cuarto de operaciones para mayor comodidad y para evitar el ruido.

Mediante un tubo de cristal en forma de Y, conectamos un aparato generador de oxígeno al tubo del éter evaporado y calentado. (También conectamos a veces el tanque de oxígeno comprimido.) Con el aparato así arreglado, teníamos la ventaja de una corriente de aire contínua para la evaporación del éter; éter evaporado y caliente y oxígeno para ser administrado al mismo tiempo que el éter.

Los aparatos inventados y modificados hasta la fecha son varios, y ellos hacen se presente una nueva condición a poseer por el anestesista: la condición de ser mecánico.

En algunos de los aparatos fabricados para anestesia, se usa el aire como método de evaporación, pero en el mayor número de ellos se usa de oxígeno u ozono. En nuestro uso, el oxígeno lo empleamos como adyuvante.

Introduciendo oxígeno en las primeras inhalaciones de la anestesia, la mezcla se hace más llevadera para el paciente mientras está despierto. Si la dósis de éter tiene que ser aumentada para producir el verdadero estado de anesteisa, entones se disminuye el oxígeno, o se descontinua por completo mientras se aumenta la dósis de éter. El oxígeno actúa de una manera admirable en la recuperación de cualquier accidente; al momento en que se noten señales de cianosis o sangre mal oxigenada, caída del pulso, debilidad respiratoria, excesiva secreción bronquial, etc., se administra oxígeno, y si es necesario, se suspende el éter y se administra oxígeno puro. Usando este método se evitan muchos trastornos como también tratamientos crueles de resucitación y administración "al por mayor" de toda clase de estimulantes por la vía hipodérmica, pro-

cedimientos ineficaces casi siempre y que a veces hacen más daño que bien. Durante los últimos años en el Hospital Municipal, la mesa de hipodérmicas casi no ha tenido uso en el cuarto de operaciones. En casos de shock, donde la presión arterial es baja, todo lo necesario es una dósis de adrenalina, y si el caso lo requiere, suero artificial; para todo lo demás basta con el oxígeno.

No deseo elogiar ni recomendar el aparato que ideamos en el Municipal (tiene sus inconvenientes); no quiero ni que por un instante se piense que creo que con el uso de aparatos recientes han de olvidarse los cuidados y principios más rutinarios de la administración de anestésicos por inhalación; solamente deseo hacer constar las ventajas que he encontrado al operar en casos donde a mis pacientes se les ha administrado éter evaporado y calentado en combinación con el oxígeno, entre los cuales se encuentran pacientes con arterio esclerosis, lesiones cardiacas marcadas, bocio y otras condiciones peligrosas para la anestesia.

Todo cirujano de oficio sabe los ratos desagradables y las molestias a veces insuperables que sufrimos a menudo a causa de un anestésico mal administrado o mal tomado por el paciente. Períodos excesivamente largos del estado de inducción, los cuales, además de ser peligrosos para el paciente, acaban con la paciencia y el temperamento del operador; pacientes mal dormidos que interrumpen la operación a cada instante y la prolongan indebidamente, aumentando así los daños del operado y disminuyendo los años de vida del operador. Tos, vómitos, cianosis, accidentes, síncopes, ronquidos e innumerables accidentes y molestias desde lo más sencillo y leve hasta lo más peligroso..... Comparad con este cuadro al cirujano a quien ayuda un buen anestesista y un buen anestésico; con un paciente que duerme a los 15 o 20 minutos; que pasa luego al verdadero período de aenstesia sin tos ni vómitos, como si estuviera en un sueño natural y respirando profundamente! Sin moverse, su sangre circulando bien y debidamente oxigenada y sin responder visiblemente al dolor inferido por el corte y que durante la operación no se despierta y permite así continuar el trabajo sin interrupción: sin las inconveniencias de contracciones musculares. He aquí un paciente en un estado ideal para ser operado. No habremos llegado al anestésico por excelencia que dijo Bier será el anestésico ideal, aquel que consiga abolir al mimo tiempo el dolor físico y el sufrimiento moral y que sea por todos conceptos inocuo, pero nos habremos acercado a ese fin.

El paciente, durante los primeros momentos del período de in-

ducción respira una mezcla anestésica que no le molesta, que no le hiela la mucosa nasal y bronquial y que hasta cierto punto produce una sensación agradable. Si hemos observado los principios estudiados por Crile para llegar o acercarse al estado de "anoci-association" el paciente sufre menos por todos conceptos y está mucho más lejos de los peligros tóxicos del éter; y no sólo vemos las ventajas durante el período de anestesia y operación, sino que el período de convalecencia se hace mucho más llevadero y menos peligroso. Los vómitos post-operatorios siempre se disminuyen, y en muchos casos, aún en aquellos de laparotomias serias y prolongadas se evitan por completo.

El calor tiene un efecto sedante sobre las mucosas; el frío, por el contrario, las irrita. Al inspirar éter frío, los movimientos respiratorios se contraen haciendo más llanas las inspiraciones, y las mucosas segregan una cantidad abnormal de mucosidades. Este efecto lo evitamos con el éter calentado, y no sólo evitamos al paciente el malestar de inspirar una aire frío, sino que admitiendo inspiraciones más profundas se admite más cantidad de éter cuando así es necesario. Evitando la secreción excesiva de mucosidades, se hace más rápida la absorción del éter. En nuestros experimentos llevados a cabo hace algunos años en la administración del éter por la vía rectal, pudimos comprobar que en el espacio de 4 a 5 minutos los vapores de éter aparecían en las exhalaciones del paciente; o sea: el tiempo necesario para el éter circular en la sangre es de 4 a 5 minutos (algunas veces menos) cuando es administrado por el recto. Indudablemente la prontitud del efecto sistémico del anestésico debe de estar en razón directa con la rapidez de la absorción, y es indudable que conviene que el paciente absorba el éter con facilidad, aminorando con esto los peligros consiguientes a un período de inducción prolongado y evitando la administración de una dósis de éter mayor de la necesaria.

Sweetwater Tenn., Dic. 4, 1915.

Caso N.º 2

Nombre: Salomón Aguilar — **Edad:** 26 — **Sexo:** masculino — **Color:** moreno.
Residencia: San Andres 26, Pta. de Tierra — **Ocupación:** Tabaquero.

Fecha del Análisis:	Nobre.	Nobre.	Nobre.	Nobre.	Nobre.	Nobre.	Nobre.	Nobre.	Nobre.	Nobre.	Nobre.	Nobre.	Nobre.		Nobre.			Nobre.	Nobre.	Nobre.	Nobre.		Nobre.	Nobre.	
	11-15	11-15	12-15	12-15	13-15	13-15	14-15	14-15	15-15	15-15	18-15	18-15	19-15		23-15			24-15	25-15	25-15	26-15		27-15	27-15	
Hora en que se hizo:	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D
		9.30 P.M.							12.– M	10.– P.M.		10.30 P.M.	8.30 A.M.		8.30 A.M.			9.– P.M.	8.– A.M.		3.– P.M.		4.– P.M.	9.– P.M.	

Cómputo Leucocitario

- 15000 á 20000
- 13000 á 15000
- 12000 á 13000
- 11000 á 12000
- 10000 á 11000
- 9000 á 10000
- 8000 á 9000
- 7000 á 8000
- 6000 á 7000
- 5000 á 6000

15 13 12 11 10 9 8 7 6 5

18000

14000

Preparación para el ataque, que ocurrió el 30 Nobre. 1915.

del 7 al 13 Nobre. = Luna nueva

del 29 al 6. cuarto menguante

[illegible]
[illegible]
[illegible]

Caso N°1 Nombre: C.V. – Edad: 10 – Sexo: Femenino – Color: Blanco – Residencia: Barrio Miranda, Pta. de Tierra – Ocupación: Domestica – Diagnostico Filariasis.

Cómputo Leucocitario: 13000 á 20000 · 12000 á 13000 · 11000 á 12000 · 10000 á 11000 · 9000 á 10000 · 8000 á 9000 · 7000 á 8000 · 6000 á 7000 · 5000 á 6000 (scale 13 · 12 · 11 · 10 · 9 · 8 · 7 · 6 · 5)

Cómputo Diferencial: Polimorfonucleares (95% · 90% · 60% · 50% · 40% · 30%) · Linfocitos grandes (6% · 4% · 3% · 2% · 1% · 0,5%) · Linfocitos pequeños (45% · 35% · 30% · 20% · 10% · 5%) · Eosinofilos y Basifilos (28% · 15% · 4% · 2% · 1% · 0,5%)

Fecha del análisis	Hora en que se hizo		Cómputo Leucocitario	Polimorfonucleares	Linfocitos grandes	Linfocitos pequeños	Eosinofilos	Basifilos
Nobre. 6/15.	D	2.30 P.M.	32.000	76%	1%	19%	4%	
Nobre. 6/15.	N	9.30 P.M						
Nobre. 13/15.	D	3.30 P.M.		50%	5%	34%	11%	
Nobre. 13/15.	N	8.– P.M.		58%	6%	24%	9%	3%
Nobre. 16/15.	D	2.– P.M		54%	4%	30%	11%	1%
	N							
	D							
Nobre. 18/15.	N	9.30 P.M	19000	45,6%	7,7%	25,6%	20,6%	0,5%
Nobre. 19/15.	D	8.30 A.M.		45%	3%	32%	18%	2%
Nobre. 19/15.	N	9.30 P.M.		46%	4,5%	22,5%	25,5%	1,5%
Nobre. 20/15.	D	2.30 P.M.		47,6%	5,2%	21,6%	25,8%	1,8%
Nobre. 23/15.	N	9.– P.M.	14.500	42,5%	3,5%	37,5%	15,5%	1%
Nobre. 28/15.	D	3.– P.M.		48%	2%	31%	17%	2%
Nobre. 28/15.	N	8.30 P.M.	14.000	41%	2,5%	40%	15%	1,5%
Nobre. 30/15.	D	2.30 P.M.		42%	3%	30%	25%	
	N							
Dbre. 1915	D							
Dbre. 2/15.	N	9.– P.M.		43,9%	3,1%	39,2%	13,8%	
Dbre. 3/15.	D	8.30 A.M.		53%	1%	26%	20%	
Dbre. 3/15.	N	8.30 P.M.	16.000	46%	3%	37%	14%	
Dbre. 4/15.	D	2.30 P.M.		58%	4%	24%	13%	1%
Dbre. 4/15.	N	8.30 P.M.	15.000	50%	0,9%	29,8%	19,3%	
Dbre. 14/15.	D	2.30 P.M.	13.750					
Dbre. 14/15.	N							
Dbre. 18/15.	D	2.30 P.M.		65%	2%	25%	18%	
Dbre. 18/15.	N	8.30 P.M.						
Dbre. 19/15.	D	2.30 P.M.	18.500	44%	1%	47%	14%	
Dbre. 19/15.	N							
Dbre. 21/15.	D	3.30 P.M.		25%	2%	46,8%	26%	0,2%
Dbre. 21/15.	N	8.30 P.M		40%	5,6%	37%	15%	0,4%
Dbre. 23/15.	D							
Dbre. 23/15	N	9.30 P.M.		41,2%	3,4%	41,6%	13,4%	0,4%
Dbre. 25/15.	D	10.– A.M.	16000					
Dbre. 25/15.	N	8.30 P.M.		53%	1,8%	30%	15%	0,2%
Dbre. 29/15.	D	2.30 P.M.	18.500					
Dbre. 29/15.	N	8.– P.M.	18.000					
Dbre. 30/15.	D	2.30 P.M.		45%	5%	29%	20,6%	0,4%
Dbre. 30/15	N	8.30 P.M.	14.500	42,6%	3,4%	34,4%	19,6%	
Enero 4/16.	D	2.30 P.M.						
Enero 4/16.	N	9.15 P.M	19.000					
Enero 8/16.	D	2.30 P.M.	14.000					
Enero 15/16	N	8.30 P.M.						
Enero 20/16.	D	2.30 P.M.						
Enero 29/16.	N	8.– P.M.						

OBSERVACIONES CLINICO-MICROSCOPICAS SOBRE LA FILARIASIS. (*)

POR EL DR. A. MARTINEZ ALVAREZ.

Señores:

Dividiremos este bosquejo en dos partes:

1a. Observaciones clínicas.

2a. El estudio microscópico.

La primera incluye dos subdivisiones: Un trabajo limitado de estadística de los casos de filariasis que han sido tratados por el que suscribe en su distrito de Puerta de Tierra; sus observaciones clínicas y sus deducciones prácticas.

La segunda comprende, ciertos ensayos originales, que incluyo, como nota preliminar de una serie más prolongada y concienzuda que seguirá a ésta a su debido tiempo.

1. Observaciones clínicas.

(a) Sabemos que 50 casos no pueden hacer brillar una verdad científica aún por muy claros que se presenten; pero pueden formar un punto de partida para la comprobación de la misma.

Estos cincuenta casos ocupan un período de un año y se reparten entre las paradas 2 y 5 y media del barrio de Puerta de Tierra. Haciendo un cálculo aproximado, tendremos que corresponden al 0.8 por mil de habitantes. No nos detendremos por ahora en dar importancia a estas cifras; seguramente, no se acercan en nada al verdadero número de filariásicos del distrito. Estos cincuenta casos se reparten en cuatro grandes focos limitados y bien definidos y otros tres o cuatro focos pequeños que se destacan en el mapa que os presento. (El autor enseñó un mapa de Puerta de Tierra, donde se vieron los diversos focos localizados.) Sobre estas bases, aunque débiles, podremos hacer girar nuestras observaciones clínicas.

(b) Nadie ignora que la opinión médica del día se inclina a creer que las filariasis, per se, no producen síntomas y que éstos son secundarios a otras invasiones bacterianas. No es mi propósito

---

(*) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 11 y 12, 1915.

el discutir si hay razones para tal orientación, ni tampoco examinar

si aquélla nos asiste para indicar lo contrario. Mi único deseo es llamar la atención médica en un sentido práctico; es éste, el de determinar por regiones, la existencia de ciertas enfermedades que prevalecen sobre las otras, en determinadas localidades. Daremos un ejemplo; Barceloneta y Salinas son esencialmente maláricas. En Yauco son las tifoideas las que prevalecen y asimismo, podremos decir que Puerta de Tierra es esencialmente filariásica y rica en vermes.

Las diversas formas clínicas oscuras que se han presentado a mi observación, las nomenclaturamos para mayor claridad en cinco formas:

1a. Forma comatosa en niños.
2a. Forma epileptoide.
3a. Forma pseudo tifódica.
4a. Partos prematuros y abortos como síntomas premonitores o subsiguientes al ataque de filariasis aguda.
5a. Cierta clase de abscesos.

La forma comatosa en niños se inicia de pronto y se presenta con inconsciencia, convulsiones, pupilas dilatadas, después contraídas, fiebre alta que se mantiene alrededor de 40°, un día y después vuelve a la normal, pulso rápido, respiración estertórea, un cuadro gravísimo, que se resuelve fatal o satisfactoriamente en no más de 24 horas. Muy en contra de la suposición de que la filariasis no ocurre en niños sino raras veces, yo puedo presentar casos desde cinco a diez años en que esa forma predomina. La sangre nos dá una leucocitosis de polimorfos en las primeras horas para ser reemplazada por la eosinofilia después, como demostraremos más ámpliamente en la segunda parte de este trabajo. A estos niños se les examinó la excreta y orinas y aunque en algunos casos se encontraron vermes, en la mayoría no los hubo en exámenes repetidos. En cuanto a la orina, siempre presentó albúmina, que desaparece al tercero o cuarto día. Hay que advertir que mueren algunos de estos casos y que se diagnostican posteriormente como meningitis. No hay infarto glandular alguno.

La forma epileptoide tiene todos los síntomas de la epilepsia, mas la fiebre que se presenta en el ataque llegando hasta 40° a veces o bien después del mismo; pero siempre inmediato a él. En estos casos se ha procedido a practicarles una reacción Wasserman con resultados negativos en los que yo he observado así como una his-

toria negativa también de antecedentes traumáticos y hereditarios. Casi siempre ocurre en adultos. No hay infarto glandular alguno.

De la forma pseudotifódica he tenido dos casos en que sin haber supuración, ni la curva de la fiebre séptica, sin escalofríos; hánse prolongado por 4 o 5 semanas con fiebre que recuerda la de una tifoidea. Una glándula dolorosa, sin inflamación local alguna, es todo lo que demostraron exteriormente estos pacientes. La reacción Widal fué negativa en ambos, pero la sangre demostró embrios de filaria en grandes números.

Lo más corriente y extraordinario son los casos de partos prematuros y abortos que provocan los ataques de filariasis aguda. Fuera de la hemorragia profusa que en algunos de estos casos se presenta, el hecho merece mencionarse como base de investigaciones futuras y por el error en que puede incurrir el médico creyéndose estar frente a frente a una puerperal.

Por último, en ciertos abscesos filariásicos, he notado que el aspecto físico del pus no presentaba las peculiaridades de un pus piogénico y casi he llegado a creer que ellos son consecuencias en algunos casos de la picada del mosquito infectado y que por lo tanto se podrían interpretar como la protesta local del organismo contra el parásito en su puerta de entrada. Quizás si estos abscesos indican el esfuerzo de la naturaleza para que dediquemos los nuestros a extraer el mal localizado, que ella tan sabiamente nos lo indica.

Sumariando la parte clínica, podremos decir:

1. Que Puerta de Tierra es un distrito filariásico y que debe catalogarse como tal.

2. Que hay formas de filariasis en que el diagnóstico clínico se presenta tan oscuro, que es imperdonable no confirmarlo por el laboratorio.

3. Que siempre debemos proceder a la investigación por filaria en todo enfermo que presente fiebre en ese distrito.

4. Que la filariasis no respeta edades, presentándose lo mismo a los cinco que a los cuarenta años.

5. Que la ausencia de infartos glandulares nunca se debe tomar como evidencia negativa de filariasis.

2. Estudio Microscópico.

He observado con bastante frecuencia, quejárseme los filariásicos de que "tan pronto—según propia expresión—ven los cuernos de la luna, los ataques de filariasis se presentan". Y lo que parece

absurdo y a primera vista incongruente, resulta de acuerdo con las observaciones de la sangre de estos individuos. Estos dichos concuerdan con algo anormal que ocurre en la curva leucocitaria y diferencial de dicha sangre en donde observamos los siguientes fenómenos:

La curva leucocitaria aumenta extraordinariamente en el momento del ataque de filariasis y llega a veces a la suma de 30.000 leucocitos; el diferencial le acompaña y suben los neutrófilos; pasa el ataque, que siempre corresponde al período de luna comprendido entre el cuarto menguante y la luna nueva, y entonces la curva desciende; pero siempre, o en la mayoría de los casos, existe una subida periódica nocturna, coexistiendo dicha subida con la aparición de la micro-filaria. Véase la carta No. 1 y observaremos cómo casi siempre la curva se mantiene baja por el día y alta por la noche. La periodicidad mensual leucocitaria ocurre en mis casos, que son seis, y que he venido observando por espacio de cuatro meses, entre esos períodos lunares que hemos expuesto anteriormente, y siempre se presenta, aunque no haya explosión del ataque febril ni otra manifestación anormal. El individuo se siente bien, pero tiene una leucocitosis más que moderada. Llegado este momento la periodicidad nocturna desaparece y la curva se mantiene casi horizontalmente sin bruscas caídas por el día.

La leucocitosis nocturna es casi siempre eosinofílica y linfocítica, a expensas de los neutrófilos, como bella y claramente se vé en la carta No. 1. Llamo poderosamente la atención hacia los linfocitos sobre todo que guardan una solidaridad casi matemática con las bruscas subidas nocturnas de la curva.

La tara de hemoglobina siempre desciende en todos los casos, y se mantiene a un mismo nivel.

En la carta No. 1 se verá que esta paciente ha tenido presente en su sangre las micro-filarias por la noche, y es, por lo tanto, un caso escogido. Los casos restantes de quienes conservo cartas gráficas, presentan poco más o menos las mismas características que éste. Parece ser esencial para que se presente esta periodicidad, dos cosas: primera, que el caso no tenga manifestaciones glandulares ni que tampoco las haya supurativas, en cuyo caso, ya los neutrófilos entrarían en línea, como pasa, según dije, cuando sobrevienen los ataques agudos; y segunda, la existencia de micro-filarias en la sangre.

El cómputo de glóbulos rojos es menor que el normal. Las observaciones que hemos presentado son de casos en que los pará-

sitos intestinales no han intervenido y hemos hecho una selección cuidadosa para eludir errores.

Para completar estas observaciones hemos querido determinar cuándo existe la máxima y la mínima fluctuación en la curva. Ya daremos a su tiempo una información completa sobre esto.

Para terminar he de decir que hemos llevado a cabo nuestras experiencias con sumo cuidado para evitar leucocitosis que pudieran ser artificiales; tales como las que se obtendrían tomando la sangre de un mismo sitio día y noche. Para evitar esto hemos sacado la sangre de un dedo distinto cada vez; así evitamos la leucocitosis local producida por trauma. También tuvimos especial cuidado en no friccionar mucho el sitio donde se iba a extraer la sangre, lo que nos traería una leucocitosis moderada, pero ficticia. Agréguese a estas precauciones le de tomar la sangre dentro de los límites más estrictos posibles de uniformidad en cuanto al tiempo; y por último hemos evitado las leucocitosis fisiológicas que siguen a los baños, ejercicios y comidas, y aún más aquellas leucocitosis medicamentosas las hemos podido asimismo evitar, dándole al enfermo, en vez de medicinas, una dósis de esperanzas para persuadirlos a la constancia de una prueba, que si bien es nímia, lo es desagradable a estos infelices que ven pasar su existencia esclavizados a las periodicidades de una enfermedad que les hará pensar a veces hasta en el suicidio.

Para resumir diremos:

1. Que durante el ataque agudo existe una polimorfonucleocitosis llegando a veces a 30.000.

2. Acabado el ataque en algunos casos hay una eosino-linfocitosis periódica nocturna.

3. Que los cambios de luna entre la menguante y la luna nueva determinan en muchos casos, una eosino-linfocitosis mensual cuando el ataque no se presenta y siempre que haya microfilarias en la sangre periférica; pero si hay la explosión del ataque agudo, entonces se presenta una polimorfonucleocitosis.

4.—Que el cómputo de glóbulos rojos y de la hemoglobina descienden ambos bajo la cifra normal y se mantienen firmes.

Al cerrar este trabajo, cumplo un deber de cortesía al recomendar a mis colegas la exquisita bondad de los miembros del Instituto Tropical de Puerto Rico y del ilustre joven Dr. S. Giuliani, de quienes espero el honor de sus críticas sanas y nobles; ya que sus ejemplos y consejos me sirvieron como fuentes de inspiración para el presente bosquejo.

ABSTRACTO DE LA SESION ACADEMICA DE LA ASOCIACION MEDICA DEL DISTRITO NORTE CORRESPONDIENTE A LA REUNION DEL 10 DE FEBRERO DE 1916.

Dr. José E. Saldaña, en la Presidencia.

El Dr. W. A. Glines somete a la consideración de la Asamblea sus observaciones acerca de la prostatectomia, sus indicaciones y elección de la operación. Se declara partidario decidido de la operación de Fryre, o sea la extirpación total de la próstata por la vía suprapubiana, por reunir las ventajas siguientes:

1a. La operación se hace más rápidamente y ofrece más facilidad para la enucleación de la glándula.

2a. Las hemorragias son de poca importancia y se cohiben fácilmente.

3a. La cavidad de la vejiga se puede explorar con facilidad, pudiendo llevarse a cabo cualquier otra intervención que fuese necesaria.

4a. Las infecciones de la herida operatoria son mucho más raras que en las perineales, porque en éstas fácilmente se infectan por las deyeciones del paciente.

5a. El tratamiento post-operatorio es más fácil y corto y, finalmente, el resultado ulterior, en cuanto al funcionamiento de la vejiga, es muy superior al de por la vía perineal.

Alternaron en la discusión los Dres. Belaval, Avilés y Saldaña, los cuales confirmaron las observaciones del conferencista.

El Dr. Esteban García Cabrera, aunque reconociendo las ventajas de la operación, opinaba que en los casos de próstata pequeña, la operación por la vía perineal cree debe ser más fácil.

Los Dres. Francisco del Valle Atiles, Pedro del Valle y Gómez Brioso, se extendieron en consideraciones generales acerca de la operación de la prostatectomia.

* * *

El Dr. Salvador Giuliani presenta cuatro piezas anatomo-patológicas, cuyos extractos son los siguientes:

1o. **Ainhum.**—La pieza anatómica es un dedo del pie izquierdo amputado por el Dr. del Toro. Muestra claramente una banda constrictora alrededor. La extremidad libre del dedo se ha redondeado y aumentado un poco de volumen. Existe una pequeña fisura en la superficie plantar a lo largo de la banda fibrosa. La enfer-

medad tenía un año de duración cuando la enferma fué admitida en el Hospital Municipal (Nov. 1, 1911). Se observó un proceso constrictor análogo, aunque no tan avanzado, en el mismo dedo del pie derecho.

La enferma, de raza negra, de 29 años de edad, dice que tiene una prima hermana con el mismo padecimiento.

Es el segundo caso de ainhum observado por los médicos del Hospital Municipal en ese mismo año.

El Dr. Giuliani hizo recordar el caso observado por el Dr. González Martínez y dado a la publicidad en el BOLETIN de nuestra Asociación.

2o. **Cuerpos Riciformes.**—Varios de estos cuerpos fueron presentados con una descripción detallada del proceso que contribuyó a formarlos, y los datos clínicos y de laboratorio que sugieren el orígen tuberculoso. El caso fué operado por el Dr. Vallecillo en el Hospital Municipal.

3o. **Fractura expontánea del fémur.**—Los trozos de fémur proceden de una enferma operada por carcinoma de la mama. Muchos meses más tarde fué readmitida en el Hospital Municipal con síntomas de pleuritis con derrame y en un estado de caquexia progresiva. Una mañana al mover la pierna sintió un ruido seco en el muslo y notó una movilidad anormal en el tercio medio. Se comprobó una fractura del fémur y en la autopsia encontramos que este hueso había sufrido la osteomalacia carcinomatosa.

3o. **Trombo globular cardiaco.**—La preparación presentada fué encontrada en la aurícula derecha del corazón de un cadáver que presentaba también un gran derrame en el pericardio. Se discutió la rareza de estas formaciones intra-vitam, y con todas las reservas debidas se consideró el coágulo como: 1o. de aspecto diferente a otros coágulos ya observados en autopsias por los médicos del Hospital Municipal. 2o. De estructura estratificada, las capas centrales muy resistentes y cubiertas por el verdadero coágulo post-mortem. 3o. Por la historia clínica del enfermo, así como por los otros signos encontrados en la autopsia, se consideró esta estructura de formación muy lenta. Tenía una prolongación vemiforme hacia uno de los vasos.

A PROPOSITO DE UN RECIENTE DEBATE.

POR EL DR. JOSE N. CARBONELL.

En la Cámara de Delegados de nuestra Legislatura Insular, se ha promovido en estos últimos días, una discusión que sería muy digna de anotarse si la religión y la política no hubiesen intervenido en ella, con un criterio harto desconsolador por el grado de intransigencia con que fué desenvuelta. De una cuestión pura y sencillamente sanitaria se hizo una cuestión de fé. Los que a estas horas creen que el agua bendita, por el hecho de estarlo, se encuentra libre de todo germen patógeno, viven todavía a la luz de los siglos XVII y XVIII, y como es natural, no están preparados para comprender los fundamentos científicos de las grandes conquistas sanitarias de nuestros días, conquistas que han permitido al hombre vivir cómoda y tranquilamente en sitios y lugares que antes eran considerados como de desolación y muerte.

El agua empleada en las iglesias para usos y costumbres religiosas, indudablemente no puede ser otra que la llamada agua potable, considerándolo así, porque la estimamos, la más a propósito, para limpiar los pecados al ser límpida, inodora e insípida.

Los trabajos de Murchison, de Budd y de Pasteur han puesto de manifiesto que algunas enfermedades se propagan por el agua. Tal ocurre con la fiebre tifoidea, el cólera y la disentería. Broc y Simón, dermatologistas distinguidos, afirman también que el agua sirve de veíhculo a muchos gérmenes productores de infecciones cutáneas, rebeldes a todo tratamiento.

El conocimiento de las más elementales reglas de higiene, permite darse cuenta que el agua bendita puesta en las iglesias a disposición de los fieles y depositadas en las conocidas piletas, tiene necesariamente que contaminarse por el solo hecho del uso común que de ellas se hace. Al contacto de un aire, las más de las veces viciado, a que está constantemente expuesta, la obscuridad del sitio en que las piletas radican, son condiciones abonadas para la pululación y desarrollo de infinidad de gérmenes capaces de producir determinadas infecciones.

Los organismos sanitarios encargados de velar por la preservación y conservación de la salud, intervienen en estos asuntos, y dejando a un lado ciertos escrúpulos religiosos, empiezan a dictar algunas reglas para la higienización de las iglesias que, como edi-

ficios públicos, deben estar sujetas a las mismas condiciones sanitarias que a éstos se le exige.

Son varios los países en los que las Iglesias católicas nan higienizado las piletas de agua bendita, los confesionarios y otros objetos, sin que por ello se hayan resentido las creencias de los fieles, en beneficio de los cuales se han tomado precauciones sanitarias tales como las siguientes prescripciones que el Obispo de Reggis (Italia) ha adoptado en las iglesias de su Diócesis:

1a. Después de las fiestas y aglomeraciones extraordinarias, se procederá a la desinfección por medio del serrín empapado en sublimado al 3 por mil. Siempre se regará antes de barrer, para que no se levante polvo.

2a. El polvo de los confesonarios, rejas, bancos, etc., se quitará por medio de esponjas o paños humedecidos en agua pura.

3a. Las rejillas de los confesonarios se lavarán semanalmente con agua hervida.

4a. Las pilas del agua bendita se vaciarán todas las semanas, o las veces que fueren necesarias, lavándolas con lejía hervida, enjuagándolas con agua o disolución de sublimado.

Ultimamente en Cuba se han dictado ya ordenanzas sanitarias con este propósito, en las que se establece que el agua bendita se cambiará diariamente de las pilas y que éstas se desinfectarán con agua hirviendo u otro desinfectante.

Al propio tiempo que este asunto, se llevó a la Cámara la vieja cuestión de la conducción de cadáveres a las iglesias.

Nuestra Junta Insular de Sanidad, en reglamento promulgado en 20 de Diciembre de 1912 y modificado en 10 de Noviembre de 1913, dispone en su artículo 11 lo siguiente:

"No podrán celebrarse funerales de cuerpo presente en las iglesias, ni en ningún otro local, de aquellas personas que hayan fallecido de viruela, cólera morbo asiático, fiebre amarilla, tifus exantemático, peste bubónica o meningitis cerebro-espinal. Los restos de personas que hayan muerto de otras enfermedades, pueden ser llevados a las iglesias, o a cualquier otro sitio, para aquel objeto, siempre que el cadáver haya sido envuelto en sábanas empapadas en una solución antiséptica, cuya fórmula será prescrita por el Servicio de Sanidad y colocado en caja herméticamente cerrada. Se dispone además que el certificado de defunción expedido por el médico que asistió a la persona fallecida, vaya refrendado por el Oficial de Sanidad o un delegado de éste."

Esta disposición es sumamente discreta; atiende primeramente

a los intereses de la salud ejercitando el **derecho de defensa** que es la base sobre la cual descansa la acción social sanitaria, y no molesta ni mortifica el espíritu religioso, coartando la libertad de exteriorizarse en estas prácticas fúnebres.

La obra que nuestra Cámara de Delegados ha querido emprender con la presentación del Bill No. 77, es muy laudable y digna por todos conceptos de la mayor atención, pero nuestra Junta Insular de Sanidad la abordó y resolvió en los reglamentos 11 y 17 de Sanidad.

MEMORIAL PRESENTADO ANTE LA REUNION DE LA CAMARA DE DELEGADOS DE LA ASOCIACION MEDICA DE P. R., EN DICEMBRE 13, 1915.

POR EL DR. VICTOR GUTIERREZ ORTIZ.

Compañeros:

Hace un año, la Asamblea Médica celebrada en los baños de Coamo, acordó que una comisión de su seno preparase una Ley de Beneficencia, para ser sometida a la Legislatutra de Puerto Rico. Fuímos nombrados el Dr. del Toro, el Dr. Mayoral y el que en estos momentos os habla. En vísperas de la realización de esta Asamblea, recibí carta del Dr. Belaval, Secretario de la Asociación, significándome que a propuesta del señor Presidente, se me había designado para que preparara una Memoria dirigida a la Asamblea Legislativa, sobre las cuestiones de Beneficencia y médicos forenses.

Someto a la consideración de esta Asamblea, un proyecto de Ley, que he confeccionado solo, debido a que el Dr. del Toro se encontraba ausente al empezar el trabajo y por otra parte el doctor Mayoral bondadosamente me confió la preparación de dicha Ley.

El Dr. Mayoral discutió conmigo el articulado todo del proyecto, y sus enmiendas van por separado, para que la Asamblea las resuelva.

Hace algún tiempo vengo ocupándome de esta cuestión, señalando las deplorables condiciones en que se encuentran nuestros hospitales y en general todas las ramas del servicio.

Algunos artículos publicados en la prensa de información general, contienen mis puntos de vista y el concepto que me merecía en términos generales el abandono en que se encontraban entonces

y se encuentran hoy los servicios de la beneficencia insular y municipal.

Para dar forma a mi pensamiento sólo he tenido por guía, al confeccionar este proyecto de Ley, la experiencia adquirida en el ejercicio de la profesión, durante 18 años, sirviendo la mayor parte de ese tiempo plazas titulares.

He hojeado la Ley de Beneficencia y Sanidad Española. Su contextura es inaplicable a nuestro caso. Ella sólo me ha servido para orientarme en lo que se refiere a la ordenación de las cuestiones.

Si después de oir la lectura de este proyecto de Ley, la mayoría de esta Asamblea entiende que el proyecto es malo, estas cuartillas irán al canasto de los papeles, haciendo por mi parte la promesa de volver de nuevo sobre el asunto a ver si en otro momento podemos presentar con más suerte un trabajo que satisfaga el culto criterio de esta Asamblea.

Es notorio que en los últimos quince o diez y seis años se ha realizado en nuestro país, un notable mejoramiento en todos los servicios públicos. La Isla ha sido cruzada en todas direcciones por espléndidas carreteras, que facilitan el tránsito y la comunicación entre los distintos pueblos de la misma. Nuestra enseñanza pública ha mejorado gallardamente y ahí están los mil edificios levantados con los fondos del Pueblo, proclamando bien alto el progreso que se ha obtenido en este sentido. Teléfono, telégrafos, acueductos, alcantarillados, etc., exponentes son del elocuente adelanto alcanzado en todos los órdenes de nuestra vida administrativa. Pero diríase que una maldición fatal pesa sobre el servicio de Beneficencia, maldición que hace que vivamos detenidos en un morboso estancamiento del que parece no hemos de salir nunca.

Las poblaciones de la Isla están siendo objeto de un verdadero azote por parte de la Plaga Blanca. Las estadísticas son realmente abrumadoras; sin embargo, en Puerto Rico no hay un solo hospital para tuberculosos, salvo uno muy pequeño en San Juan, que no llena las necesidades locales.

La mortalidad infantil arroja estadísticas asombrosas. Los médicos que hemos ejercido plazas titulares, conocemos perfectamente las condiciones de miseria en que viven nuestras clases pobres, en donde el niño apenas tiene lo necesario para subvenir a sus necesidades perentorias, y, cuando enferma, positivamente ha de carecer de lo más indispensable para su curación. Los niños pobres

de nuestra Isla ofrecen un espectáculo altamente desconsolador para todo espíritu altruista que se detenga un momento a observar la condición de estos infelices y a pensar en los medios que debieran ponerse en práctica para mejorar su condición. Si reuniéramos todos los niños pobres de Puerto Rico en un sitio determinado, nos espantaríamos al enfrentarnos con una caravana de muchachitos barrigones, flacos, enclenques, terrosos, de mirada triste, y pensaríamos que todos estos niños están totalmente abandonados de toda influencia de los poderes públicos, levantándose en nuestro espíritu un hondo sentimiento de protesta contra tan notoria injusticia. Estos ejércitos de niños hambrientos, unos, y enfermos los más, han de constituir en el porvenir parte principalísima de nuestro todo social. Ellos han de ser los ciudadanos del futuro.

Las clases elevadas viven dentro de un envidiable "confort". Ellas tienen sus hijos bien alimentados y bien vestidos, y, en caso de enfermedad, cuentan con asistencia médica pronta y eficaz; pero los hijos de los pobres, los desheredados de la fortuna, cuando tienen la desgracia de caer enfermos, tienen las mayores probabilidades de despacharse para el otro mundo, sin dar mucho que hacer.

En Puerto Rico no existe un solo dispensario dedicado a la Pediatría; no hablemos, desde luego, de instituciones de Puericultura, Sanatorios de Altura, Sanatorios Marítimos, Ligas, Gotas de Leche, etc., etc., instituciones que son honra y prez de aquellos países que las sostienen.

No tenemos un solo hospital para niños; y la Asociación Médica está en el deber de dedicar todos sus esfuerzos uno y otro día a formar eco en nuestra opinión pública y llamar la atención de los poderes constituídos para que prontamente se subsane el olvido en que se tiene a los pobres niños de nuestras masas desheredadas.

Las estadísticas de mortalidad infantil han preocupado de modo especial a nuestro Departamento de Sanidad, en cuyo informe para el año económico 1913-1914 se lee lo siguiente:

"Con referencia al alto promedio de mortalidad infantil, y estudiando las causas dominantes, notamos que las enfermedades gastro-intestinales, son las que más pérdidas han ocasionado en la población infantil, y el Servicio de Sanidad, apreciando correctamente este hecho, dedica especial atención a corregir las deficiencias en la clase de alimentos, etc., etc."

Nosotros, sin olvidar cuánta importancia tienen los asuntos profilácticos, vemos esta cuestión desde un punto de vista más complejo, pero que, desde luego, no podemos tratar aquí con toda su

amplitud. Positivamente tenemos delante un arduo problema social, que estamos todos en el deber de afrontar, intentando resolverlo, si es que en verdad nos preocupa la situación de los que sufren, si es que en verdad no pasamos insensibles frente a la miseria y el dolor.

En cuanto al servicio general para enfermos pobres y a la manera como están constituídos y funcionan nuestros hospitales, voy a consignar aquí parte de un artículo que publiqué hace ocho o diez meses.

Decía yo:

"Voy a tratar, a serme posible, en este sólo artículo, la cuestión más importante, relacionada con la Beneficencia Pública en Puerto Rico. Me refiero a los hospitales municipales. Cosas muy serias voy a decir, sin miedo, sin rodeos. Nada de líneas curvas. Rectamente y escuetamente hacia los hechos, por muy graves que ellos parezcan. Por supuesto, nada he de afirmar que no esté en condiciones de probar de una manera categórica y terminante.

Leí en "Puerto Rico Ilustrado" de fecha seis del corriente, un artículo titulado "Suavidades y Rodeos", hijo de la elegante pluma de un distinguido amigo, en cuyo artículo, de un modo admirable, el autor señala vicios y defectos relacionados con nuestra manera de ser. Podríamos sintetizar su trabajo, en estas sus propias palabras: "Vivimos en tinieblas, en el arte y en la vida, porque no somos claros, nosotros, los hijos del sol."

No tenemos la petulancia de creer que pensamos bien. Sólo nos proponemos pensar en voz alta, con el corazón lleno de sinceridad, de manera que, como señala el autor del trabajo aludido, no contribuyamos en manera alguna al mejor éxito de la **burda comedia**. No, evitemos que ella siga adelante y lo evitaremos, si cada cual desde su posición rompe con los moldes de lo acomodaticio y nebuloso. Cada vez que en nuestro camino nos encontremos con la oscura bóveda de un túnel, de un salto ganemos la cima, traspongamos el monte, evitando la atmósfera enrarecida y viciada, pues sólo así nos mostraremos dignos hijos del sol y también dignos hijos de esta tierra, que es la tierra del sol.

En mi primer artículo y cuando de un modo general hablaba de los hospitales en Puerto Rico, afirmé que este servicio en ocasiones revestía todos los caracteres de una horrible desdicha. Esto vamos a probar.

Hay veinticinco pueblos en la Isla que no tienen hospital. Entre los que lo tienen, quince carecen en absoluto de instrumentos y diez y ocho de baños.

¿Queréis un cuadro sucinto de cómo son y cómo funcionan algunos de estos establecimientos? Imagináos una casa, la más vieja, rota y sucia en un rincón de un pueblo. Sus paredes, techumbre y piso ostentan nu deplorable destartalamiento. Si permanecéis en uno de esos sitios llamados salas de enfermos, sentiréis vuestro olfato castigado por olores insoportables. Son las emanaciones pútridas de un pozo negro abierto a los escapes, a las moscas y a las ratas; será en ocasiones el vaho de las ropas no cambiadas; en otras, el agrio producido por la fermentación del sudor de un enfermo, que no se bañó en, ni se ha bañado más desde su ingreso en el hospital. Frente a la cama y en el piso, los esputos serán pasto de asquerosas moscas, que a poco irán a posarse sobre las frías comidas, que en más de una ocasión podréis ver abandonadas, por lo intragables, sobre algún cajón manchado y sucio. Los platos fueron en sus mocedades, de hierro aporcelanado; parecen al presente producto de algún hallazgo paleontológico.

Por camas, encontraréis unos excelentes monumentos, que satisfaraín al más caprichoso anticuario, lo cual no empece para que miriadas de insectos, habituales moradores de estas camas, pletóricos de la sangre chupada al enfermo, corran en todas direcciones a ocultarse entre los pliegues de las sucias ropas.

Preguntad por la enfermera, y os presentarán una vieja que apesta a suela de zapato y que está en armonía con cuanto acabamos de describir. En mi opinión, el médico no debiera visitar nunca estos establecimientos por decoro profesional.

Entre los hospitales de San Juan, blancos, perfectamente radicados, con salas alegres y limpias, y el triste hospital que hemos descrito en párrafos anteriores, hay toda una serie de distintas categorías. Por desgracia, los que están en pésimas condiciones, constituyen el mayor número.

Líbrenos Dios de caer en el pecado de convertirnos en acusadores de tal o cual administración, pero ayúdenos Dios a hacer memoria, para llevar al papel todos aquellos hechos, por horribles que ellos sean que nos conduzcan a la finalidad que perseguimos, que no es otra que la de presentar el mal en todos sus aspectos, para que lo remedien aquellos que están en la obligación de hacerlo.

Municipios hay, en los que, el suministro de medicinas para enfermos pobres, se hace de tal manera, que la gente mal pensada cree que un contratito de esos, celebrado de una manera sospechosa, al decir de ellos, no es otra cosa que el premio a los esfuer-

zos hechos en la última campaña política por fulanito de tal, o menganito de cual.

En términos generales, yo puedo afirmar que casi constantemente existe un verdadero pugilato entre el médico municipal y el farmacéutico que ha rematado el servicio de medicinas para enfermos pobres, debido, no ciertamente a exigencias por parte del médico, ni a mezquindades por parte del boticario, sino a las condiciones en que se hacen los contratos y al poco cuidado que se tiene al confeccionar los presupuestos, en los que aparecen consignadas cantidades verdaderamente ridículas para tales atenciones.

Otros municipios, queriendo huir del peligro de los contratos, han establecido las farmacias municipales, que si tienen razón de ser en tres o cuatro poblaciones de la Isla, en los otros pueblos resultan un verdadero contrasentido.

Permitidme que consigne algunos datos más, siquiera moleste un poco vuestra atención. Yo entiendo que no debemos perder la oportunidad de consignar los hechos, de gritarlos si fuera posible, para que los oiga quien tiene el deber de oirlos.

Según datos oficiales que tengo a la vista, en un pueblo de la Isla se ha consignado en su presupeusto la partida de **cuatrocientos ochenta dollars** para sueldo de un farmacéutico, y **trescientos dollars** para medicinas. Otro pueblo hay que tiene **seiscientos dollars** para un boticario y **cuatrocientos veinticinco** para medicinas. Y, por último, fíjate, lector, y no te asustes, hay un pueblo que tiene **setecientos veinte pesos** para un farmacéutico y **trescientos sesenta** para medicinas. A pesar de estas lindas cosas, las leyes siderales no se han perturbado en lo más mínimo, en tanto el globo sin cesar navega y..... los responsables de estas bellezas, tan frescos."

Esto decía yo entonces.

A pesar de este notorio y lamentable abandono, a pesar de esta patente ineficiencia en los servicios que he señalado, nuestras estadísticas de mortalidad global, si se me permite la frase, no ofrecen cifras alarmantes. Sí, es verdad, por fortuna esto es así; pero ello es debido a la influencia de nuestra clemente naturaleza, que subsana en parte el abandono en que viven nuestros pobres enfermos.

El número de los nacidos muertos llama también la atención de nuestro Departamento de Sanidad. Opina que la causa primordial de estas pérdidas es debida a la falta de asistencia de nuestras puérperas. Yo entiendo que ésta podrá ser una razón, pero no la principal. La mayor parte de los niños que nacen muertos, lo son

por raquitismo congénito, debido a las múltiples y complejas causas que van haciendo de nuestro pueblo uno de caracteres degenerativos bien marcados.

No se oye entre nosotros el grito de "Puerto Rico se despuebla", porque es asombrosa la prolifidad de nuestras mujeres campesinas, aparte de que nuestros pobres labriegos desconocen en absoluto aquellas prácticas reñidas con la moral, utilizadas en otros pueblos, para detener la multiplicación de la especie. No nos preocupa este asunto, como ocurre en Francia y Alemania, entre otros pueblos. Nosotros tendríamos que gritar, por el contrario, que Puerto Rico se puebla demasiado; pero se puebla de generaciones raquíticas o enfermas, de las que, una parte se detienen en los umbrales de la vida, muriendo por abandono; y otra parte llega a la edad adulta, para engrosar las compactas filas de los idiotas e imbéciles, cuando no para robustecer las estadísticas de la criminalidad.

Yo no tengo que encarecer a los distinguidos compañeros aquí presentes la absoluta necesidad de reorganizar nuestro servicio de Beneficencia Pública. Lo piden a gritos los infelices enfermos; y lo pide también la dignidad y el decoro de los médicos de Puerto Rico. Entiéndase que no hago uso de palabras sonantes e hirientes por temperamento de rebeldía; no, todos vosotros sabéis las desdichadas condiciones en que se desenvuelve el médico titular; yo no tengo para que insistir sobre este asunto.

La clasificación del servicio que provee esta Ley, la forma en que se hacen los nombramientos, los detalles todos de ella, tienden a consolidar la posición de los médicos de la Beneficencia Pública, a colocarlos, en una palabra, en situación más airosa; de manera que ellos puedan encontrar en el ejercicio de las plazas titulares no la imperativa necesidad de ocupar un destino, cuya remuneración más o menos justa resuelva las más perentorias necesidades de la vida, sino que, por el contrario, si este proyecto se convirtiera en Ley, los médicos municipales encontrarían una carrera dentro de su profesión, con orientaciones perfectamente definidas, teniendo delante las perspectivas de un mejoramiento justo, con arreglo a sus aptitudes y al mejor comportamiento en el desempeño de sus funciones.

Vosotros sabéis como en la actualidad, las plazas de médico titular se cubren con arreglo a las simpatías que tenga el candidato. Sabéis también como un médico celoso del cumplimiento de sus deberes, aspirando a un legítimo mejoramento en su posición como

profesional empleado, vé derrumbarse sus aspiraciones y sus más vivos anhelos, ante la tosquedad o la estulticia de un cacique político a quien importa más la vocinglería callejera incolora y boba que dá relieve a su personalidad política, que el respeto que se debe a un profesional, que cumple estrictamente con sus deberes.

Esta Ley reorganiza el servicio, de modo que, con un poco de buena voluntad, tras el perfeccionamiento que pudiera irnos sugiriendo la práctica llegaríamos a tener una organización que asegure en primer término la mayor eficiencia en el servicio de asistencia médica a los enfermos pobres y en todo momento ponga a cubierto la dignidad del facultativo.

Yo no sé si nosotros vamos a perder nuestro tiempo, discutiendo este proyecto, enmendándolo de acuerdo con el mejor criterio de los señores que componen esta Asamblea, de manera que salga algo que pueda someterse a la consideración de nuestra Legislatura. Lo que sé, lo que yo entiendo, es que tenemos que andar de prisa, para que de una manera o de otra, la Asociación Médica de Puerto Rico haga conocer su criterio sobre estos asuntos, pues las reformas de nuestra constitución política están en camino ya y en la nueva carta constitucional tal vez se provea para una reorganización del Servicio de Beneficencia, haciendo un solo Departamento de las ramas de Sanidad y Beneficencia.

Razones económicas podrían justificar la unificación de los servicios de Sanidad y Beneficencia. Personalmente puedo asegurar que no me preocupa este detalle; unificados están en la Isla de Cuba, unificados están en España y aquí podrían estarlo también. Lo que yo quiero hacer resaltar es la necesidad en que está la Asociación Médica de Puerto Rico de hacerse oir antes que se legisle sobre la materia, toda vez que élla es la suprema autoridad en estas cuestiones. Somos una rama de la Asociación Médica Americana y nosotros podríamos hacernos oir con éxito ante el Congreso de los Estados Unidos.

Antes de concluir este preámbulo, quiero aprovechar esta oportunidad, para enviar un respetuoso saludo de simpatía a nuestras mujeres puertorriqueñas, a esas nobles almas caritativas, que viven día tras día actuando cerca de nuestros pobres necesitados. Ellas van derramando a manos llenas el consuelo y la esperanza alrededor de los que sufren, escanciando siempre, en todo momento, la fuente inagotable y perenne de sus generosos sentimientos; van con el corazón en la mano ofreciendo pan del alma. Diríase que ellas vienen a subsanar con sus altruistas iniciativas y actuaciones el

olvido en que los poderes constituídos tienen algunos de sus deberes.

La Asamblea resolverá si quiere que se dé lectura al proyecto o si debe pasar a una comisión que lo estudie e informe sobre el mismo.

He dicho.

Extracto del Acta de la reunión conjunta de la Cámara de Delegados, Comité de Legislación y Policía, Consejo, y Comisión Especial, de acuerdo con lo resuelto por la Cámara de Delegados, en su sesión del 11 de Diciembre de 1915.

El Presidente dice que, en cumplimiento de un acuerdo de la Cámara de Delegados en su reunión del 11 de Diciembre de 1915, se ha convocado esta sesión para tratar de varios asuntos que quedaron pendientes de resolución, y que son a seber:

1o. Reorganización de la Beneficencia Municipal.

2o. Relación de los médicos de Beneficencia con el Departamento de Justicia.

3o. Relación de los médicos de la Beneficencia con el Departamento de Sanidad.

Todos estos asuntos fueron tratados extensa y detenidamente, tomándose los siguientes acuerdos:

Sobre el primer asunto, resuélvese que sean hechas varias copias del proyecto de ley y se envíen a los Delegados para que lo puedan estudiar con detenimiento, haciéndole las enmiendas que crean justificadas, y devolviéndolo a una Comisión que al efecto ha sido nombrada, para que ésta presente una ponencia en la próxima reunión de la Cámara que tendrá lugar el 6 de Febrero de 1916.

Sobre el segundo asunto, resuélvese que pase al Comité de Legislación y Policía para que éste se entreviste con el Gobernador y el Attorney General y traten de conseguir el restablecimiento de la antigua tarifa médico forense.

Sebre el tercer asunto, si bien fué discutido extensamente, no se tomó resolución alguna.

Además de estos asuntos, fué traído a la consideración de la asamblea por el Dr. Belaval, la cuestión del abuso de los anuncios

profesionales, resolviéndose que pasase para su estudio a una comisión compuesta por los Dres. Francisco del Valle Atiles y Pedro Gutiérrez Igaravídez.

El Dr. Gutiérrez Ortiz, a nombre de la Asociación Médica del Distrito Sur, llama la atención sobre al conveniencia de enviar a Washington una comisión de la Asociación Médica para que defienda los derechos profesionales que pudieran ser conculcados por la aprobación del futuro Bill Jones.

Firmado: **Dr. José S. Belaval.**

Secretario.

Enero 16, de 1916.

SEGUNDA REUNION CONJUNTA DE LA CAMARA DE DELEGADOS

Comité de Legislación y Policía y Comisión especial nombrada

San Juan, P. R., Febrero 6, 1916.

Previa citación hecha por el Secretario para reunirse en esta fecha y resolver los asuntos pendientes, concurren únicamente los Dres. Salvador Giuliani, Leopoldo Figueroa, Esteban Saldaña, F. del Valle Atiles, José Gómez Brioso, Pedro Gutiérrez Igaravídez y J. S. Belaval. No habiendo "quorum" para llevar a cabo la reunión mencionada, resuélvese por los concurrentes posponerla para el martes 8 de Febrero, a las cuatro de la tarde, y así participarlo por telegramas a los compañeros que habían estado ausentes, rogándoles al mismo tiempo que en el caso de no poder asistir a la nueva convocatoria se sirvieran autorizar al Presidente de la Asociación para que éste nombrase un sustituto.

Febrero 8, 1916.

En los salones de la Asociación, a las 4 P. M., y de acuerdo con la anterior resolución, se reunieron los compañeros siguientes, con representación propia:

Dr. Salvador Giuliani, Dr. Julio Barreiro, Dr. Pedro del Valle,

Dr. J. Gómez Brioso, Dr. Jesús Monagas, Dr. Leopoldo Figueroa, Dr. Francisco del Valle, Dr. Pedro Gutiérrez Igaravídez, Dr. José S. Belaval, Dr. José E. Saldaña.

Se leyeron telegramas y cartas de los Dres. José Amadeo, García de Quevedo, Vélez López, Torregrosa y Ferrán, siendo los tres primeros sutituídos por los Dres. Jacinto Avilés, Eliseo Font y Guillot y Dr. Víctor Gutiérrez Ortiz que se encontraban presentes.

Siendo veinte y cinco el número total de los que habían de constituir esta reunión y habiendo trece presentes, se declaró abierta la sesión con "quorum", y bajo la presidencia del Dr. F. del Valle Atiles se pasó a tratar los asuntos pendientes.

El Secretario.—Dá lectura a las resoluciones tomadas en la reunión del 16 de Enero de 1916, así como también al cumplimiento de aquéllas en cuanto a lo que a la Secretaría se refería, y se pasa a tratar los suntos pendientes en orden correlativo.

El Secretario.—Dá lectura a la ponencia de la comisión nombrada para estudiar e informar el ante proyecto de ley de Benecencia del Dr. Víctor Gutiérrez Ortiz, que es como sigue:

Previa convocatoria se reunió la comisión especial nombrada conjuntamente con el Comité de Legislación y Policía para leer las enmiendas propuestas al proyecto de ley sobre Beneficencia presentado por el Dr. Víctor Gutiérrez Ortiz.

Componían esta comisión los siguientes doctores:

Dr. José Esteban Saldaña, Dr. Jesús Monagas, Dr. Manuel Fernández Náter, Dr. José Gómez Brioso, Dr. Leopoldo Figueroa, doctor Francisco Matanzo, Dr. Francisco del Valle Atiles y Dr. José S. Belaval.

Asistieron los Dres. Saldaña, Figueroa, del Valle Atiles y Belaval. Cambiaron impresiones, se leyeron las contestaciones recibidas de los Dres. Rovellat, Vélez López, Coronas, Zavala, y estudiaron el asunto por largo tiempo, suspendiéndose la sesión hasta el 5 de Febrero, a las cuatro de la tarde, a cuya hora se tomó la adjunta resolución:

El comité conjunto designado para informar acerca del bill de Beneficencia del Dr. Gutiérrez Ortiz, celebró dos sesiones en los días 4 y 5 de Febrero, a las cuales estuvieron ausentes algunos de los miembros que forman parte de ella, por ocupaciones profesionales, y habiendo asistido en calidad de informante el autor del Proyecto.

Las conclusiones a que hemos llegado son las siguientes:

1a. Que estamos enteramente unificados con el espíritu que in-

forma el Proyecto que estudiamos, pero que, en los detalles, dadas la circunstancias del momento, en virtud de las cuales no es posible tener una orientación definida acerca de la carta constitucional que nos ha de regir, no hemos creído lógico recomendar las prescripciones del Proyecto ni proponer modificación alguna en ellas.

Sin embargo, como principios generales, recomendamos, cualquiera que sea el "status" final del Servicio de Beneficencia, que se establezca un Consejo Insular de Beneficencia, y Consejos locales en cada uno de los municipios de la Isla, para que concurran y cooperen los miembros de dichos organismos al mejor desarrollo de la Beneficencia en general.

2a. Recomendando que en la formación de estos consejos se elimine en cuanto sea posible la política militante, y sus miembros sean designados a propuesta del Director del Departamento con aprobación de algunos de los organismos legislativos y nombramiento definitivo por el Gobernador.

3a. Que tanto en el consejo insular como en los locales se tenga en cuenta para los nombramientos las circunstancias de honorabilidad y discreción que la importancia de estos casos exige.

4a. Que del Consejo Insular formen parte, profesionales y hombres de negocios, debiendo siempre entre los primeros haber médicos; y en los Consejos locales habrá siempre un médico como miembro de estos consejos, y allí donde sólo hubiere el titular, éste se considerará como miembro nato con voz y voto.

5a. Que el número de miembros del Consejo Insular sea de siete y el de los locales, en las poblaciones de importancia, de cinco, y en las pequeñas, de tres.

Firmado: **Dr. Saldaña.** **Dr. F. del Valle Atiles.**

Dr. José S. Belaval
Secretario. **Dr. L. Figueroa.**

San Juan, P. R., Febrero 4, 1916.

* * *

Dr. Monagas.—Suplico a la Asamblea se dé la prioridad en la discusión al asunto referente al servicio médico legal.

Dr. Font.—Secunda la proposición, que puesta a votación es aprobada por unanimidad.

El Secretario.—Manifiesta que no ha recibido el informe del

Comité de Legislación y Policía que debió ejecutar el acuerdo referente a este asunto.

Dr. Monagas.—Pregunta quiénes constituían esta comisión.

Dr. Brioso.—Pide la palabra para contestar al Dr. Monagas, y dice: que la comisión que debía tratar este asunto es el Comité de Legislación y Policía constituído por los Dres. Fernández Náter, Matanzo y él mismo; que el Dr. Náter está ausente y que él personalmente creyó más conveniente ponerse de acuerdo primero con la comisión económica de la Legislatura y ver en qué sentido se encontraban ellos sobre este particular, antes de dirigirse al Gobernador, quien con seguridad había de referir el asunto a la mencionada Comisión económica.

Dr. Font.—Dice que él tiene entendido que la cláusula de la ley del presupuesto que se refiere a este asunto, comprende única y exclusivamente las informaciones médico legales dadas en las cortes municipales, pero que los médicos tienen perfecto derecho a cobrar sus otros servicios médico legales y que así se los han pagado a él mismo.

Dr. Avilés.—Manifiesta que a los médicos del Hospital Municipal también se les ha pagado las autopsias médico legales.

Dr. Gutiérrez Igaravídez.—Lee la ley actual vigente sobre el presupuesto y dice que como se ve, en ella no se hace excepción ninguna entre los servicios forenses prestados en las cortes municipales o de distrito.

Dr. Monagas.—Propone a la asamblea que toda vez que por las manifestaciones del Dr. Font resulta haber una interpretación errónea en la ley del presupuesto, se una al Comité de Legislación y Policía el Dr. Font para que se avisten con la comisión económica de la Cámara y se aclaren los conceptos dudosos en que aparece hallarse dicha ley en lo que a honorarios médicos se refiere.

Dr. Saldaña.—Secunda la proposición que es aprobada por unanimidad.

Asunto de Beneficencia.—El Dr. Gutiérrez Ortiz manifiesta a la asamblea que deseando él personalmente tener la opinión del Director de Sanidad sobre su proyecto de ley, le envió una copia, y que, en efecto, va a tener el gusto de leer a la asamblea la contestación que recibió de dicho señor.

Se lee la carta del Dr. Lippitt, en la que propone ciertas modificaciones esenciales al proyecto del Dr. Gutiérrez, con las cuales el autor del mismo manifiesta no estar conforme.

Vuelve a leerse el informe de la comisión nombrada; el Dr. Gu-

tiérrez Ortiz expresa que juzga el informe de la comisión algo ambíguo y desea saber si la opinión de la ponencia está o no en favor de su proyecto de ley.

Dr. Saldaña.—Hace ciertas manifestaciones sobre el particular.

El Presidente.—Como miembro que fué de dicha comisión aclara y explica la opinión de aquélla manifestando que está completamente conforme con el espíritu del proyecto, pero que la comisión no podía entrar en los detalles, dadas las circunstancias actuales del momento, así como también dada la poca información que se recibió de los 25 compañeros a quienes se les envió el proyecto para su estudio, de los cuales sólo cuatro o cinco contestaron, por cuyo motivo la ponencia juzgó oportuno dar su opinión exclusivamente sobre los principios generales del Bill.

Tercian en esta discusión los Dres. Figueroa, Saldaña, Font y Gómez Brioso, diciendo este último que él considera el proyecto de un carácter centralizador y como su opinión es diametralmente opuesta, puesto que él siempre ha abogado por la descentralización de poderes, quiere reservarse el derecho de poder oponerse a dicho proyecto de ley cuando la oporunidad lo requiera.

Dr. Saldaña.—Propone a la asamblea que el proyecto de ley del Dr. Gutiérrez Ortiz sea aceptado con las modificaciones propuestas por la ponencia sobre el particular, así como también que el autor del proyecto, en unión de la Directiva de la Asociación Médica, queden encargados para hacer las modificaciones que sean necesarias a dicho proyecto de ley de modo que se ajuste a los nuevos estatutos de Puerto Rico en caso de que el Bill Jones o cualquiera de los otros Bill que están pendientes de aprobación en la Legislatura nacional llegasen a ser Ley.

Dr. Monagas.—Secunda la proposición.

Dr. Gutiérre Ortiz.—Dice que está conforme con la proposición del Dr. Saldaña, pero que él cree que ante la asamblea está el informe de la ponencia, que debe ser aprobado o desechado antes que se ponga a votación la proposición del Dr. Saldaña.

Dr. Figueroa.—Secunda la proposición del Dr. Gutiérrez Ortiz y puesta a votación es aprobada por unanimidad.

La proposición del Dr. Saldaña es discutida y puesta a votación es aprobada también por unanimidad.

Dr. Barreiro.—Manifiesta que en la confección de este proyecto de ley debe tenerse en cuenta la protección de los médicos titulares actuales, manteniéndoles sus derechos adquiridos. Es aprobado.

Asunto Anuncios profesionales.

El Secretario dá lectura al informe de la comisión nombrada para este objeto, compuesta por los Dres. Francisco del Valle Atiles y Pedro Gutiérrez Igaravídez, y que lee como sigue:

Los que suscriben, encargados de informar acerca de la interpretación que debe darse al artículo 1o., Sección 4a., del Código de Etica, creen que:

1o. Los anuncios profesionales pueden aceptarse en periódicos, tarjetas y en placas en las residencias, oficinas o clínicas.

2o. El anuncio debe limitarse al nombre y título, Dr. X. A.; residencia, calle, tal, No.; Teléfono, número; Telégrafo, palabras; Horas de consulta, las que sean, y especialidad.

3o. La especialidad se expresará de un modo sintético.

Cirugía Generanl, Urología, Obstetricia, Dermatología, Ginecología, Pedriastia, Cirujía ortopédica, Neurología, Proctología, Medicina Interna, Otología Tuberculosis, Laringo-Rinología, Anestesia, Patología-Clínica, Roentgenología, Patología, Bacteriología, Salud pública, Laringología.

Oto-Laringo-Rinología.

Oftalmo-Oto-Laringología.

Rinología.

Puede añadirse a la especialidad las siguientes aclaraciones:

Práctica limitada a la especialidad.

Dedicado con preferencia a la especialidad.

4o. Para los anuncios en las boticas recomiendan en cada localidad la formación de un directorio de los asociados por orden alfabético de apellidos.

Los anuncios de los Oftalmólogos en los establecimientos de óptica se limitarán al nombre, título, especialidad, dirección y horas de oficina.

5o. Las placas en las residencias sólo constarán de nombre, especialidad y horas de oficina, y el tamaño será aproximadamente de 12 pulgadas de largo por 8 de ancho.

6o. Las placas en las clínicas que sean propiedad de un médico o de varios médicos podrán tener un tamaño mayor, pero éstas y los anuncios en los periódicos no expresarán detalles que tengan el carácter de un mercantilismo evidente, y sus especialidades las anunciarán de acuerdo con lo propuesto para los casos individuales.

7o. Los anuncios de Sanatorios para Tuberculosos, Narcotismo

y Alcoholismo, Enfermedades Nerviosas y Mentales, etc., pueden expresar las condiciones ventajosas de localidad, edificio, provisión de servicio médico, nurses, etc.

Firmado: **P. Gutiérrez Igaravídez.**

Francisco del Valle Atiles.

Este informe fué aceptado por unanimidad, encargándose a la Directiva para que haga llegar a conocimiento de todos los miembros de la Asociación lo resuelto sobre este particular.

Asunto Comisión a Washington.

El Secretario lee el informe sobre este particular que es como sigue: El miércoles, día 2 de Febrero, se reunió la comisión especial nombrada por la Cámara para estudiar los cambios que propone en Bill Jones sobre Sanidad y Beneficencia en Puerto Rico.

Componían la comisión los doctores siguientes:

Dr. José Gómez Brioso, Pedro Gutiérrez Igaravídez, Leopoldo Figueroa, Francisco del Valle Atiles, y José S. Belaval.

Comparecieron los tres últimos y como formaban quorum se declararon en sesión.

Ninguno de los presentes conocía el Bill Jones y sólo se tenía entendido que dicho Bill, propone la constitución de un Departamento de Sanidad y Beneficencia, siendo el nombramiento del Jefe de este Departamento de la incumbencia del Gobernador.

Los miembros presentes de la comisión se mostraron satisfechos con este útimo particular, y se declararon partidarios de que el servicio de Beneficencia al hacerse insular tuviese la tendencia a hospitalizar todos los enfermos, terminando paulatinamente con la visita domiciliaria a pobres.

Y se acuerda que el interés profesional demanda se libre a los médicos titulares del tutelaje local, dándole más independencia a la profesión.

No desconocen los proponentes que, desde el punto de vista político, pudiera aparecer esta opinión tendente un tanto a mermar las facultades municipales, pero, considerando ambos aspectos de la cuestión, entendemos que la Asociación debe velar por colocar a los médicos en condiciones ventajosas para que no se vean obligados por circunstancias de localidad, a aceptar posiciones incompatibles con el respeto profesional.

Por otra parte, es de esperarse que el Gobierno Insular, disponiendo de mejor caudal, pueda hacer más decorosos los sueldos de Beneficencia y distribuirlos en armonía con el servicio que de ellos se exija y con la extensión de la localidad.

Los suscribientes entienden que el servicio domiciliario es siempre deficiente, y que la tendencia debe ser a sustituirlo por el servicio hospitalario, para los enfermos que necesitan hospitalización, y el de dispensarios para aquellos que no necesiten ser hospitalizados; y desde luego, creen que los recursos del Gobierno Insular permiten esperar una reforma en este sentido, la cual redunde en beneficio de la clase pobre en primer término y de los médicos de la Beneficencia, lográndose para ambas partes servicios más eficientes.

Firmado: **Dr. Francisco del Valle Atiles.**
Dr. Leopoldo Figueroa.
Dr. José S. Belaval.

La asamblea, a proposición del Dr. Gutiérrez Ortiz, secundado por el Dr. Font, resuelve que es muy tarde para llevar gestión alguna a Washington sobre este asunto y que por lo tanto debe quedar sobre la mesa.

No habiendo otro asunto de qué tratar se **levanta la sesión.**

PROYECTO DE LEY ORGANIZANDO EL SERVICIO
— DE —
BENEFICENCIA PUBLICA EN PUERTO RICO.

Decrétese por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Artículo 1o. Por la presente se crea el Negociado de Beneficencia Pública en Puerto Rico, comprendiendo la insular y municipal.

Artículo 2o. El Director del Departamento de Beneficencia, Trabajo y Corrección nombrará con la aprobación del Gobernador, un Director de Beneficencia, que deberá ser médico debidamente autorizado para ejercer en la Isla y que haya ejercido en ella por un período no menor de siete años. Serán deberes de dicho Director de Beneficencia, organizar y dirigir el Servicio de Beneficencia municipal e insular y tendrá la supervisión de todas las instituciones benéficas.

Artículo 3o. El Director de Beneficencia, Trabajo y Corrección nombrará con la aprobación del Consejo Ejecutivo cuatro miembros que, bajo la presidencia del Director de Beneficencia, constituirán el Consejo Superior de Beneficen-

cia; dichos nombramientos deberán recaer en un abogado, un ingeniero y dos médicos.

Artículo 4o. El jefe inmediato del Director de Beneficencia, lo será el Director del Departamento de Beneficencia, Trabajo y Corrección.

Artículo 5o. El Director del Departamento de Beneficencia, Trabajo y Corrección habilitará el local necesario para la instalación de las oficinas de Beneficencia, así como todo el material de oficina que fuere necesario.

Artículo 6o. El Director de Beneficencia propondrá al Director del Departamento los nombramientos para el personal subalterno de su oficina, dentro de las prescripciones de la Ley del Servicio Civil.

Artículo 7o. El Director de Beneficencia presidirá las sesiones del Consejo Superior, en el sitio y hora que se fije la convocatoria. El Consejo Superior de Beneficencia se reunirá en sesión extraordinaria, tantas veces como fuere necesario a juicio del presidente.

Artículo 8o. El Director de Beneficencia propondrá al Consejo de Beneficencia, para ser discutidas, todas aquellas mejoras que crea convenientes al mejor servicio y someterá a la consideración del mismo todo asunto relacionado con dicho servicio de Beneficencia. Los acuerdos del Consejo de Beneficencia necesitarán la aprobación del Director del Departamento de Beneficencia, Trabajo y Corrección.

. Artículo 9o. En caso de disparidad de criterio entre el Director del Departamento de Beneficencia y el Consejo Superior de Beneficencia, bastará que un asunto haya sido discutido y aprobado por segunad vez por el Consejo Superior para que tenga carácter ejecutivo.

Artículo 10. El Director de Beneficencia disfrutará de un sueldo no menor de $3,300.00 anuales. Los miembros del Consejo Superior de Beneficencia cobrarán $5.00 dietas por cada sesión ordinaria que tuvieren.

Artículo 11. El sueldo del Director de Beneficencia y las dietas que hayan que pagarse a los miembros del Consejo Superior, y toda clase de gastos en que incurra la oficina central serán pagados de cualesquiera fondo existentes en la Tesorería de Puerto Rico, no dispuestos para otros fines.

Artículo 12. DE LAS JUNTAS LOCALES. Interín se celebren elecciones generales en la Isla, el alcalde de cada pueblo enviará al Director de Beneficencia una terna con seis nombres de individuos que reunan las siguientes condiciones: haber residido en el término municipal no menos de cinco años, saber leer y escribir y pagar contribución al Pubelo de Puerto Rico por cualquier concepto.

Artículo 13. El Director de Beneficencia nombrará tres de los individuos de la terna, cuyos individuos juntamente con el presidente del Consejo Municipal constituirán la Junta local de Beneficencia. Será presidente nato de dicha Junta local el médico director del hospital u hospitales de la municipalidad. En caso de que no hubiere hospital en algún municipio, será presidente de la Junta local el médico más antiguo en el ejercicio de sus funciones como médico titular.

Artículo 14. La Junta local de Beneficencia ejercerá sus funciones "ad honorem", se reunirá todos los viernes en sesión ordinaria e inspeccionará el srevicio de Beneficencia local, tanto en lo municipal como en aquellas ramas de la Beneficencia insular; formulará el presupuesto para la Beneficencia municipal, y tomará todos aquellos acuerdos que fueren necesarios para la mayor eficiencia en el servicio, en todo aquello que no se especifique de otro modo en esta Ley. La Junta local podrá reunirse en sesión extraordinaria, tantas cuantas veces fuere

necesario, previa convocatoria, en la que se especificarán los asuntos que se van a tratar.

Artículo 15. La Junta local de Beneficencia, en su primera sesión, nombrará un secretario permanente, cuyo secretario podrá ser un empleado del municipio, quien recibirá de la Junta local de Beneficencia una retribución adicional, asignada por la misma, además del sueldo que disfrute como empleado municipal; y al efecto, por la presente se deroga toda ley que pudiera específicamente estar en conflicto con esta disposición.

La oficina de Beneficencia se instalará en el sitio que acuerde la Junta en su primera sesión.

Artículo 16. DE LOS DEBERES DEL PRESIDENTE. El presidente de la Junta local de Beneficencia representará a dicha Junta; inspeccionará los servicios municipales y cuidará en todo momento de que se mantenga la más estricta disciplina de los empleados subalternos; será responsable del cumplimiento del deber de todos los empleados de Beneficencia; ordenará los pagos y autorizará, visará y firmará la correspondencia, libros y documentos de todas clases, en relación con los deberes de la Junta que preside. Además, convocará las reuniones que deba celebrar la Junta para sesiones ordinarias y sesiones extraordinarias cuando lo creyere conveniente.

Artículo 17. DEBERES DE LA JUNTA LOCAL. La Junta local de Beneficencia tendrá la misión de representar y defender los intereses de la comunidad en lo que se refiere a la Beneficencia Pública, así como también los intereses de los empleados que constituyen el personal para aquel servicio.

Artículo 18. La Junta local no podrá reunirse en primera convocatoria si no están presentes la mitad más uno de los individuos que la forman. En caso de que en la primera convocatoria no hubiere el número suficiente de miembros para celebrar la sesión, se convocará para nueva sesión la cual deberá tener lugar a los cuatro días, y cualquiera que sea el número de asistentes, los acuerdos serán firmes. Lo estatuído en este artículo regirá también para las reuniones del Consejo Superior de Beneficencia.

Artículo 19. De los seis nombres de la terna enviada al Director de Beneficencia, los que no hubieren sido designados para miembros de la Junta local de Beneficencia, en propiedad, se considerarán de hecho como suplentes de los primeros.

Artículo 20. El presidente será sustituído en sus funciones como tal presidente cuando fuere necesario por un vice-presidente, que habrá sido elegido por la Junta local en el acto de su constitución, dentro de los miembros que la componen.

Artículo 21. El Secretario tendrá aquellas atribuciones inherentes a los deberes de su cargo; presidirá y expedirá la correspondencia y documentos oficiales, y tomará razón de los libramientos autorizados por el presidente, que deberá pagar al Tesorero.

Dentro de cada sesión deberá tratarse por separado los siguientes asuntos: peticiones y proporciones; las quejas; informes; asuntos a tratar; asunto en tramitación, y acuerdos tomados.

Artículo 22. El Tesorero municipal cuidará de los fondos designados para las atenciones de la Beneficencia municipal, según lo acordado por la Junta; formalizará las cuentas, haciéndolo todo separadamente de las distintas ramas de la administración municipal.

Artículo 23. De acuerdo con lo prescrito en el artículo 14, la Junta local de Beneficencia hará el presupuesto general de gastos para el servicio de Beneficencia municipal, cuyo presupuesto será sometido al Consejo Superior, antes del 30 de Abril del año económico anterior a aquel que debe regir. El Consejo Superior hará las sugestiones que creyere oportunas y devolverá el presupuesto a la Junta local antes del 31 de Mayo. La Junta local deberá tener definitivamente aprobado dicho presupuesto antes del 30 de Junio del año económico anterior a aquel en que deba regir

Artículo 24. Para cubrir el presupuesto de los gastos para el servicio de Beneficencia municipal en cada municipalidad, se destinará una suma de dinero igual a la cantidad comprendida entre un veinte y cinco y un treinta por ciento de los ingresos que por cualquier clase de contribución obtuviera cada municipio. Dicho por ciento se calculará hasta donde sea posible, con arreglo a los ingresos del año económico en curso al hacerse el presupuesto.

La suma así obtenida constituirá el fondo para los gastos de Beneficencia municipal y quedará bajo la custodia del tesorero del municipio.

Artículo 25. Los tesoreros y contadores municipales tendrán la obligación de actuar, en cuanto se refiere a la ordenación de pagos por cualquiera clase de servicios dentro de la Beneficencia como si se tratara de otro servicio municipal.

Artículo 26. Si al hacer el presupuesto de Beneficencia hubiera alguna disparidad entre el Consejo Municipal y la Junta local de Beneficencia, en cuanto se refiere al por ciento que haya de figurar para establecer el presupuesto para la Beneficencia Municipal, entonces, una comisión del Consejo Municipal discutirá con la Junta local de Beneficencia las diferencias existentes y, si en el término de ocho días no hubieren llegado ambos cuerpos a un acuerdo, la cuestión será sometida al Consejo Ejecutivo, quien después de oir las razones de ambas partes, oralmente o por escrito, decidirá en definitiva la cuestión, fijando el por ciento que a su juicio sea equitativo.

Artículo 27. DEL CUERPO FACULTATIVO. El cuerpo facultativo para el servicio de Beneficencia municipal e insular en Puerto Rico, se compondrá de médicos, practicantes y nurses, comadronas, farmacéuticos y dentistas, todos debidamente autorizados para ejercer sus respectivas profesiones en esta Isla.

Artículo 28. El Consejo Superior de Beneficencia clasificará los hospitales de la Isla en doce categorías según su importancia, en relación con su cabida, ingresos y situación, densidad de población, etc., etc. Los hospitales de duodécima clase se llamarán hospitales de entrada para los efectos del nombramiento del médico que haya de dirigirlo. Las plazas de médicos directores serán cubiertas por examen, dentro de las prescripciones que se señalan más adelante. De las clasificaciones de los hospitales deberá llevarse un registro en el Consejo Superior de Beneficencia y en todas y cada una de las Juntas locales.

Artículo 29. En todos y cada uno de los municipios de la Isla, debe haber el número suficiente de facultativos médicos, para atender de una manera eficiente el servicio de asistencia médico-quirúrgica a todos los pobres de la municipalidad; así como el número de practicantes, nurses, comadronas y enfermeros, que fuere necesario en relación con el servicio general de hospitales.

Artículo 30. Las obligaciones de los facultativos municipales serán: prestar asistencia médico-quirúrgica gratuitamente a las familias pobres de la municipalidad, bien en el domicilio o en los hospitales; auxiliar en cualquier caso de

epidemia a los médicos del Departamento de Sanidad, y comprobar y certificar gratuitamente a las defunciones que ocurran en sus respectivos distritos municipales.

Artículo 31. A los efectos de esta Ley, se consideran individuos pobres los que no paguen contribución alguna al pueblo de Puerto Rico o al Municipio; los que vivan de un jornal o salario que no pase de un dollar diario.

Artículo 32. CLASIFICACION DE MEDICOS PARA EL SERVICIO DE BENEFICENCIA. Los médicos que hayan de prestar el servicio de Beneficencia en Puerto Rico se clasificarán en cinco clases, a saber: médicos titulares para prestar servicio a domicilio; médicos directores generales de hospitales; médicos cirujanos generales; médicos visitadores de hospitales y médicos internos.

Los primeros, visitarán a domicilio a los enfermos pobres de la ciudad o pueblos en que prestaren servicios y de los barrios a los cuales se pueda llegar fácilmente. Los enfermos residente en sitios donde una visita del médico, por el tiempo que habría de emplear el facultativo, trastornaría por completo el servicio general, deberán ser transportados por cuenta de sus familiares, bien a la consulta pública del hospital o a un sitio de la municipalidad de fácil acceso para el médico.

Los médicos directores de hospitales deberán asumir la dirección general de los mismos y realizar los servicios de asistencia a los enfermos hospitalizados, con toda la amplitud que reclame las necesidades del servicio.

Los medicos cirujanos generales tendrán a su cargo exclusivamente los casos de cirujía.

Los médicos internos serán médicos de guardia y los médicos visitadores verificarán por lo menos una visita diaria a los enfermos de clínica general, hospitalizados. El Consejo Superior de Beneficencia regulará el servicio que han de prestar los médicos de guardia y los médicos visitadores.

Artículo 33. Las Juntas locales serán las encargadas de la distribución del trabajo y la creación de las plazas que fueren necesarias para el mejor servicio, dentro de las categorías que dejamos establecidas.

Artículo 34. Las plazas de médicos directores de hospitales, de cirujanos generales, de médicos visitadores y médicos internos, se cubrirán dentro de las prescripciones de la Ley del Servicio Civil; y, al efecto, por la presente se dispone que, tan pronto sea aprobada esta Ley, la Comisión del Servicio Civil convocará a exámenes para cubrir las plazas aquí creadas.

El Consejo Superior de Beneficencia preparará un programa de las materias que han de ser objeto de examen para los cargos de médico visitador, de cirujano, directores de hospitales y médicos internos. Dichos programas deberán ser conocidos por los aspirantes sesenta días o más antes de la fecha fijada para los exámenes.

La Comisión del Servicio Civil someterá las hojas de examen al Board de Médicos examinadores para su clasificación; disponiéndose que uno de los miembros médicos del Consejo Superior de Beneficencia será designado por éste para actuar conjuntamente con el Board de Médicos examinadores en lo que se refiere a la clasificación de las hojas de examen.

Artículo 35. Los nombramientos de médicos titulares para las visitas domiciliarias, así como los nombramientos de practicantes, nurses y comadronas, serán hechos por la Junta local de Beneficencia sin más requisito que el acreditar

los aspirantes la posesión de los títulos que les permiten el ejercicio libre de su profesión en Puerto Rico.

Artículo 36. Todo médico que aspire al desempeño de una plaza titular cualquiera, dentro de las categorías establecidas, deberá enviar su solicitud a la Junta local de Beneficencia, acompañada dicha solicitud de los documentos que justifiquen su capacidad para el desempeño de dichos cargos.

Los que aspiren a una plaza de médico director, cirujano, visitador o interno, deberán acompañar, entre otros documentos, la hoja que acredite el resultado de sus exámenes ante la Comisión del Servicio Civil.

Artículo 37. El Gobernador de Puerto Rico podrá revocar cualquier nombramiento que no fuere hecho dentro de ley, siempre que esta derogación sea hecha dentro de los sesenta días que sigan al nombramiento.

Artículo 38. DE LAS VACANTES. Las vacantes deberán ser publicadas en dos periódicos de los de mayor circulación en la Isla, por un término de quince días.

Artículo 39. Las vacantes se porducirán por las causas siguientes: fallecimiento del médico; por renuncia voluntaria; por separación justificada, acordada por la Junta local y aprobada por el Consejo Superior; disponiéndose que, ningún médico podrá ser separado de su cargo sin que se le formule un expediente y después de haberle oído dentro de un término que no bajará de cinco días. Mientras se resuelve el expediente, el médico continuará ejerciendo sus funciones.

Todo médico que desatendiera sus obligaciones por más de tres días sin causa justificada, quedará *ipso facto* cesante.

Artículo 40. Los médicos del servicio de Beneficencia Pública en Puerto Rico informarán al Director de Beneficencia antes del 31 de junio de cada año, sobre las condiciones en que se ha realizado el servicio que le fué encomendado, sobre las mejoras que crea pertinentes, sobre las enmiendas que deban hacerse, a su juicio, a la Ley de Beneficencia; en una palabra, sobre todo aquello que tienda a mejorar el servicio en todas sus ramas.

Artículo 41. Cuando por motivo de salud o ausencia, el facultativo nombrado en propiedad no pudiere hacer el servicio, podrá delegar en otro facultativo que le reemplazará y que desde luego ha de ser previamente aceptado por la Junta local de Beneficencia.

Artículo 42. El director del hospital de cada municipio nombrará todo el personal subalterno, tal como practicantes, nurses, comadronas y enfermeros y empleados auxiliares. Dichos nombramientos deberán someterse a la Junta local para su aprobación. En los municipios donde no hubiere hospital, el personal auxiliar para el servicio de Beneficencia será nombrado por el médico titular, con la aprobación de la Junta local.

Los empleados así nombrados podrán ser destituídos de sus cargos cuando el facultativo que los nombra lo creyere conveniente al mejor servicio; de cuya resolución se podrá apelar ante la Junta local que resolverá en definitiva.

Artículo 43. Ningún individuo que no sea ciudadano de Puerto Rico o Estados Unidos de América, podrá desempeñar puesto alguno en el servicio de Beneficencia en Puerto Rico.

Artículo 44. Los miembros de las Juntas locales de Beneficencia, nombrados de acuerdo con esta Ley, en sus artículos 12 y 13, desempeñarán sus respectivos cargos hasta las próximas elecciones, en que serán elegidos por el voto popular.

Artículo 45. En lo sucesivo, los comités de los partidos políticos en futuras

elecciones, incluirán en los tickets electorales seis nombres por cada municipio, tres propietarios y tres suplentes, para miembros de la Junta local de Beneficencia, cuyos individuos han de reunir las condiciones siguientes: haber residido en el término municipal no menos de cinco años; saber leer y escribir, y pagar contribución al Pueblo de Puerto Rico o al municipio por cualquier concepto. Dichos funcionarios tomarán posesión de sus cargos, de acuerdo con la Ley General de Elecciones.

Artículo 46. De acuerdo con lo establecido en los artículos 32 y 34, cada hospital tendrá un médico director y tantos médicos visitadores, cirujanos e internos, como fueren necesarios a juicio de la Junt local de Beneficencia, con la aprobación del Consejo Superior de Beneficencia.

Artículo 47. El Consejo Superior de Beneficencia procederá a formar un escalafón con las plazas de médicos visitadores, directores e internos, y otro con las plazas de cirujanos generales.

El escalafón se hará por orden de sueldos y para el grupo de pueblos que tengan el mismo se hará una subclasificación con arreglo al último censo de almas.

El Consejo Superior de Beneficencia hará un reglamento, regulando la categoría de las plazas y la forma en que han de hacerse los ascensos.

Artículo 48. Cuando la importancia del hospital de una población cualquiera lo requiera, la Junta local de Beneficencia propondrá al Consejo Superior el nombramiento de tantos médicos interinos como fuere necesarios, de acuerdo con lo prescrito en el artículo 28 y el artículo 32 de esta Ley.

Artículo 49. Toda ley o parte de ley que se oponga a la presente, queda por ésta derogada.

Artículo 50. Esta Ley empezará a regir desde el primero de Julio del año en que sea aprobada.

En cuanto se refiere a la Ley de médicos forenses, sugiero a la Asamblea que acuerde endosar a la Legislatura próxima el proyecto de Ley que hace dos años redactó el doctor Torregrosa, de Aguadilla.

San Juan, Puerto Rico, Diciembre de 1915.

LE FALTO UN CABO.

En una revista puertorriqueña, cuyo primer número apareció el 1o. de marzo del presente año, y en la sección tiutlada "Atando cabos", al saludar la aparición de la Academia de Medicina, se hacen algunas consideraciones que no corresponden a la realidad de los hechos en lo que dice relación con las actividades médicas del país.

Casi estamos seguros de que el autor del artículo a que nos referimos, habrá recibido en seguida, procedente de la propia Aca-

demia, una nota informatoria acerca de los trabajos llevados a cabo por la Asociación Médica de Puerto Rico, cuya existencia data ya de años, y cuyos trabajos se han venido publicando durante más de dos lustros, sin interrupción, en el BOLETIN de la Sociedad, en donde se ha recogido la obra profesional de no pocos médicos puertorriqueños y de colegas extranjeros residentes o no en este país.

Es de lamentarse que el autor de un artículo destinado a ver la luz pública en una revista puertorriqueña, estuviera tan ayuno de cosas de Puerto Rico, que no supiese que existía una Asociación Médica en Puerto Rico, cuya vida científica se ha manifestado brillantemente en no pocas ocasiones.

Sólo puede exculpar esta omisión, la circunstancia de que el autor del artículo, no estando interesado directamente en asuntos médicos, pasara por alto una labor que, aparte otros méritos, tiene el de que sus cooperadores han demostrado una perseverancia a toda prueba y una fé inconmovible en la virtualidad de un concierto de voluntades de los médicos de Puerto Rico para la realización del noble empeño de enaltecer la ciencia médica y procurar decorosos beneficios para la profesión.

ASUNTO DE IMPORTANCIA.

Hemos recibido del Servicio Insular de Sanidad los documentos que a continuación publicamos y que sin duda son importantes desde el punto de vista de la historia de un asunto relacionado con la salud pública que tanto ha preocupado la atención general últimamente.

La cuestión de si ha existido o no una epidemia de Fiebre Amarilla en San Juan, es evidentemente digna de que sea aclarada tanto por lo que atañe a los intereses económicos de país, hondamente afectados, cuanto porque el crédito y honorabilidad del Servicio de Sanidad están comprometidos en que se demuestre de un modo terminante que no ha existido tal epidemia.

En virtud de estas consideraciones, complacemos gustosos al Sr. Director de Sanidad, e iremos publicando en ediciones sucesivas todo lo que se refiere al particular y que pueda servir de ilustración acerca del asunto.

SUPUESTOS CASOS DE FIEBRE AMARILLA EN LA ISLA DE PTO. RICO

INFORME DEL DR. W. F. LIPPITT, DIRECTOR DE SANIDAD

San Juan, P. R., Marzo 13 *de* 1916.

Sr. Director del

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO,

San Juan, Puerto Rico.

Muy señor mío:

La falta de asignación en el presupuesto para publicar el *Boletín del Servicio de Sanidad* durante el transcurso del año próximo pasado, motivó la supresión, entre otros servicios sanitarios, de su órgano oficial, y creyendo de verdadera utliidad el que sean conocidos, le envío los documentos que se relacionan con los supuestos casos de Fiebre Amarilla en la Isla de Puerot Rico, por si creyere oportuno darlos a conocer en el periódico de la Asociación.

A consecuencia de una entrevista que tuve con el Presidente de la Honorable Junta Insular de Sanidad, ésta se reunió el día 4 de Octubre de 1915, y ante ella tuve el honor de exponer verbalmente algunos detalles acerca de este asunto.

En dicha sesión el señor Presidente, Dr. Francisco del Valle Atiles, informó a la Junta que la convocatoria obedecía a una entrevista que había celebrado con el Director de Sanidad quien había recibido una comunicación del Médico Comandante del Hospital Militar de San Juan informándole de la existencia de una extensa epidemia de Fiebre Amarilla en la Isla de Puerto Rico.

La existencia de casos de Fiebre Amarilla en Puerto Rico, dennuciada por el Dr. Dutcher, era un asunto de tal gravedad que la Junta Insular de Sanidad se dió prisa para reunirse y lo hizo para tratarlo detenida y cuidadosamnete.

Estuvieron presentes en dicha sesión los siguientes señores, miembros de la Junta Insular de Sanidad: Dr. Francisco del Valle Atiles, Presidente; Dr. Carbonell, Dr. Font y Guillot, Dr. Muñoz, Ledo. J. J. Monclova y el Secretario de la Junta, Dr. Lugo Viña.

Por ser de gran importancia el acta de dicha sseión, le acompaño copia de la misma, así como copias de otros documentos y actas.

Quedo de V. atto. s. s. y compañero,

W. F. Lippitt,

Director de Sanidad.

HOSPITAL DE LA GUARNICION

San Juan, P. R., Octubre 3 *de* 1915

Del Cirujano

Al Director de Sanidad de la Isla de Puerto Rico.

Asunto:—Informe de enfermedad epidémica.

Tengo el honor de informar a V. que existe una extensa epidemia de Fiebre Amarilla en la Isla de Puerto Rico.

Solicito que seguidamente se inaugure una enérgica campaña contra los mosquitos.

(Firmado) *B. M. Dutcher,*
Major, M. C.

En la sesión del 4 de Octubre de 1915, el Presidente, Dr. del Valle dijo: ''Señorse, la cuestión a resolver es 'el diagnóstico' de esos casos,, y en tal virtud concedo la palabra al Director de Sanidad por si quiere informar a la Junta de algunos detalles sobre el asunto.''

El Dr. Lippitt dice que tan pronto se le dió aviso de esos casos sospechosos por el Comandante Dutcher, el viernes a medio día, y con el fin de conseguir una opinión digna de crédito, puesto que él personalmente no ha tenido experiencia en fiebre amarilla, pidió al Dr. del Valle (Pedro) como representante de la sanidad marítima federal y que ha tenido mucha experiencia en el tratamiento de esta enfermedad, y al Dr. Gómez Brioso, Jefe del Negociado de Enfermedades Trasmisibles, quien también ha tenido experiencia en la misma, que le acompañasen al Hospital Militar donde vieron, en compañía del Mayor Dutcher, dos casos. En vista de la opinión de los Dres. del Valle y Brioso no dí importancia a esos casos, cuando al llegar a la oficina esta mañana temprano me entregaron esa comunicación que he trasmitido a la Junta. Casi en ese mismo momento vino Mr. McCown, Jefe del Negociado de Contabilidad, a decirme que había recibido informes de que en Cataño existían algunos casos de esa enfermedad. Entonces llamé por teléfono al Presidente de la Junta para que me ayudara a resolver el problema. También llamé a Mr. Turner que había recibido sus informes de Planas, un empleado suyo, y el que dice que se lo oyó decir a tres hombres de Cataño. Como la hermana de Planas, casada, vive en Cataño, él llamó a su cuñado para preguntarle si había tenido conocimiento de tales casos y contestó que no. Sin embargo, mandé al Inspector Juancho Torres a Cataño con instrucciones de ver los Médicos, la Policía y cualquier persona particular que pudiera informarle.

El volvió y me dijo que según el Dr. Lasaleta, que es el Médico Municipal del pueblo, no tenía ningún caso de fiebre de ninguna clase en la actualidad ni había tenido caso de enfermedad sospechosa.

El Dr. L. Figueroa, que también reside en Cataño, le dijo que no tenía enfermos atacados de ninguna nefermedad sospechosa. La Policía le dijo que no tenía noticias de que hubiera ocurrido allí casos de enfermedad que no fuesen las corrientes.

Después de llegar el Presidente y de haber hecho esfuerzos por encontrar a los demás médicos de la Junta, y también al Dr. Saldaña, hombre de mucha experiencia en esta enfermedad, fuímos, como ya ha informado el Presidente, al Hospital Militar con el resultado que él mejor que yo puede explicarles.

Como este rumor ha circulado en toda la población y como la prensa ha querido saber lo que hay con respecto a esto les he informado que habían ciertos casos de fiebre que no habían sido diagnosticados todavía. Que el Médico Militar sospechaba la existencia de la fiebre amarilla, pero que la opinión general de los médicos que habían visitado los casos era de la que no se trataba de casos de esta enfermedad y que no había ningún motivo para alarmarse.

El Dr. Font expone que en *La Democracia* se dice algo de eso, y dá lectura al suelto que dicho periódico publica.

El Presidente manifiesta que ''estamos reunidos para recoger las impresiones de cada uno y que, como deber de cortesía, debemos oir las del caballero què representa aquí al Gobierno Federal.

El Dr. Pedro del Valle dice que el viernes su amigo y compañero el doctor Lippitt le informó que el Dr. Dutcher le había dicho que él tenía unos casos sospechosos de Fiebre Amarilla en el Hospital y que él quería que los viesen algunas personas que tuviesen experiencia en esa enfermedad. Dice que ha tenido oportunidad de ver y tratar muchos casos de esta enfermedad, pues en tiempo de España estuvo al frente de una sala de fiebre amarilla, y además ha visto y sacado varios casos de los barcos que han llegado a este ''*Puerto*'' de puntos infectados.

El Dr. Lippitt, el Dr. Brioso y yo, añade, fuímos al Hospital, y el doctor Dutcher nos presentó los casos; uno es el del Sargento Lugo, hombre como de 35 años, natural de Lares. Examinando este individuo particularmente, le preguntamos cómo había empezado su enfermedad y nos dijo que se había sentido el lunes con dolor de cabeza y que al día siguiente se había retirado ya enfermo con fiebre. Le pregunté si había tenido escalofríos y me dijo que no. Si había tenido dolor de cabeza supra-orbital o frontal y me dijo que el dolor era en toda la cabeza. Si estaba nauseado y me dijo que no; si estaba estreñido y me dijo que no. Le apreté con mi mano derecha firmemente el epigastrio y no dió ninguna señal de dolor. Le pregunté si había tenido dolor en los riñones al mismo tiempo que dolor en todo le cuerpo, y me contestó que en todo el cuerpo, pero que aquél era más intenso. Le pregunté si sentía vértigos y me dijo que no. La orina de este individuo presentaba albúmina. Le examiné las conjuntivas oculares y estaban normales. Le examiné el cuerpo y no había ninguna señal de ítero. Su cerebro estaba despejado, orinaba bien y hacía sus necesidades corporales satisfactoriamente. No tenía la inquietud propia del que tiene la fiebre amarilla que es una cosa muy peculiar en todos los atacados de esta enfermedad.

Le pregunté al Dr. Dutcher si él había hecho el examen de la sangre para averiguar la cantidad de hemoglobina y corpúsculos rojos y me dijo que no. Ese precisamente es un punto importante. Tampoco había hecho la diazoreacción que siempre es negativa en la fiebre amarilla. De manera que nos faltan esos tres puntos en el estudio que estamos haciendo.

El Dr. Font y Guillot pregunta al Dr. Pedro del Valle si observó la curva de la temperatura. El Dr. Pedro del Valle dice que es una curva parecida a la de la fiebre amarilla en el principio; pero lo que más corresponde con la fiebre amarilla es la desporporción que se nota en el pulso y la temperatura. No sé

si esas observaciones son exactas; en la fiebre amarilla la proporción de pérdida de pulso se de 8 a 10 pulsaciones en 24 horas; las pulsaciones han sido tomadas generalmente por los muchachos sanitarios. Pero lo que no he visto es una cosa que es muy peculiar en la fiebre amarilla en una de sus modalidades, esto es: subida rápida a 39 generalmente, raras veces a 40, y a las 48 horas descenso rápido a 37 y hasta menos algunas veces para entonces venir la segunda etapa que es la subida rápida a 40, con pulso que se hace notar por su lentitud, o más con todo el fenomenal grave de la fiebre amarilla o el descenso a 37 y la desaparición completa de temperatura y demás, quedando el individuo en estado convaleciente. En estos casos no he visto eso.

El Dr. Font le pregnuta cuántos casos vió.

El Dr. P. del Valle dice que vió tres.

El Dr. Font dice que a uno de ellos se le puso nua inyección antitífica.

El Dr. P. del Valle dice que estuvo hoy allá y que en ese caso el único síntoma que ha presentado es una cefalagia muy intensa y que la tiene hoy; pero no tiene el dolor en el epigastrio, ni dolor lumbar, no se marea, no ha tenido vómitos, las encías están completamente normales, la lengua setá completamente saburrosa, pero no en la forma característica de la fiebre amarilla. No ha habido hemorragias de ninguna clase en ninguno de ellos y estando en el octavo día debería haberlas.

Ahora bien, con referencia a los informes del Dr. Dutcher, me habló el virenes de la semana pasada de que estos casos se habían desarrollado en San Juan. Yo le combatí la idea, y se la combatí por la razón de que aquí no tenemos relaciones actualmente ni hace mucho tiempo con pueblos infectados con fiebre amarilla. Las únicas relaciones que tenemos hace tiempo son con España y los puertos del Mediterráneo, con Burdeos por los vapores franceses, eso con Europa. En los Estados Unidos y Cuba no hay fiebre amarilla. Con Venezuela, donde se dice que hay fiebre amarilla endémica en Caracas, debo decir que este hecho no está confirmado, y el Dr. Seward, que hace tiempo está allí, informa que hace un año que no se ha registrado ningún caso.

Otras comunicaciones que tenemos son con Santo Domingo y Haití, en donde tampoco hay fiebre amarilla.

De manera que con todos los puertos que se comunica San Juan no hay más que uno sospechoso y eso no es el puerto sino la población de Caracas que setá distante del puerto.

Cuando llegan los barcos de la Red "D" Line a Puerto Rico, procedentes de Venezuela, el día que llegan traen 5 días si es viernes o si llegan sábado traen 6 días. Pero traigan 5 o 6 días para mí es igual, porque yo llevo a los pasajeros a cuarentena.

Los barcos cada vez que llegan a Nueva York se fumigan y traen el certificado a su regreso.

De manera que ustedes ven que hay casi una imposibilidad de que por estos conductos llegue la fiebre amarilla a Puerto Rico. Pero usted no puede impedir que un mosquito se meta en el lanchón de las mercancías y logre llegar a tierra. ¿Es lógico suponer que ese mosquito vaya a picar a un soldado del Regimiento allá en el cuartel o que pique primero a los trabajadores del muelle o a los residentes en la Marina? Lo lógico sería que el primer punto infectado fuese la Marina y nunca el Cuartel de Ballajá.

Eso se lo dije al Dr. Dutcehs y no pudo contestarme.

Pero hoy, al volver a discutir el punto, me dijo que creía que la fiebre amarilla la había traído un marinero que desembarcó en Aguadilla enfermo.

De manera que ya no es San Juan sino que es Aguadilla, y no es un mosquito, sino un marinero que vino a pie desde Aguadilla porque se sentía enfermo. ¿Puede ser esto posible? De ninguna manera. Pero además al despedirme del Dr. Dutcher le dije: Me falta un dato para formar opinión, ¿cuántos casos ha tenido usted? —Unos ocho casos, me contesto.—De esos casos, ¿cuántos han muerto? —Ninguno. —Pues fiebre amarilla sin mortalidad, no existe. Ahora otra cosa, ¿se va a limitar esta entidad morbosa a simples casos benignos todo el tiempo? No puede ser.

El Presidente invita a uno de los Dres. miembros de la Junta para que haga uso de la palabra.

El Dr. Font y Guillot dice: Correspondiendo a la solicitud del Director de Sanidad y del Presidente de la Junta Insular de Sanidad me constituí, a las dos de la tarde del día de hoy, en el Hospital Militar, en compañía de los doctores Carbonell y Lugo-Viña, al objeto de examinar los pretendidos casos de fiebre amarilla y poder emitir mi opinión como lo hago en estos momentos.

Conocía el rumor público; pero puedo asegurar que fuí allí sin prejuicios y sin ideas preconcebidas de ninguna especie, razón por la cual mis afirmaciones son el resultado único de la experiencia que tengo de fiebre amarilla.

De los tres casos que ha estudiado aquí el compañero Dr. don Pedro del Valle, hay que descartar dos, cuyo sindrome no tiene ni la más remota relación con la enfermedad que nos ocupa. Sería una pérdida lametnable de tiempo y de palabras.

Cocretaré mis observaciones al sargento Lugo, por entender que este caso merece alguna atención y es digno de análisis para puntualizar de una manera concluyente que este individuo no es un atacado de Tifus icterodes. En efecto: al iniciarse la enfermedad ne este individuo no experimentó el fuerte escalofrío que le caracteriza, ni las palpitaciones tumultuosas del tronco celiaco, ni el fuerte ''coup de barre'' y sí dolores óseos y articulares. No hubo constipación preexistente ni coexistente durante el curso de la dolencia.

Las facies típica, inconfundible con la de otras pirexias, era negativa: no se observaba la inyección hiperermia de los capilares superficiales de la cara. Se notaba un ligero tinte ictérico.

La gráfica de la temperatura no era la característica de la fiebre amarilla, ya que en los dos primeros días de la enfermedad no fué continúa, sino con remisiones marcadas: tampoco hubo la remisión típica al tercer día, sino que la diferencia se verificó por *lisis* al séptimo día (hoy día de la observación). El pulso aunque no guardó una perfecta armonía con las temperaturas, no acusaba una gran desproporción entre uno y otro.

Suspende su información el Dr. Font, porque el Dr. Lippitt es llamado por teléfono para informarle de que en la marcha en Carolina del Regimiento de Puerto Rico, murió un soldado con fiebre alta de 103 grados F., cuyo cadáver están autopsiando e invitan al Servicio de Sanidad por si desea enviar un representante a presenciar dicha autopsia.

La Junta acuerda no concurrir, por entender que no debe interrumpirse el vital asunto que se está tratando, y sí solicitar el resultado de las observaciones de las autoridades médico militares.

Continúa el Dr. Font expresando: que aunque el análisis de la orina acusa

la presencia de albúmina, no se precisa el percentaje de la misma, ni el día que apareció. (En la fiebre amarilla se persenta el tercer día, rara vez antes.)

El enfermo tuvo ligeros vómitos el primero y segundo día: no los hubo en los días subsiguientes. Tampoco hubo delirio ni otro fenómeno de carácter mental.

Ahora bien: en vista de este sindrome, ¿estoy autorizado para establecer un diagnóstico de fiebre amarilla? No; más aún hay que desechar la posibilidad de un caso atenuado o atípico por tratarse de un individuo que pudiera considerarse en cierto modo inmunizado.

Y no siendo fiebre amarilla, tenemos que el diagnóstico diferencial hay que verificarlo en primer lugar con la malaria que hubo que desechar porque el examen microscópico de la sangre no reveló la presencia de plasmodias.

¿Se trata de una fiebre coli-bacilar abortiva? Hay que desecharla, pues el sindrome observado, es insuficiente para establecer dicho diagnóstico, aunque en mi práctica he encontrado casos similares más definidos y precisos y uno de ellos lo vió el doctor Muñoz, aquí presente, y fué diagnosticado de fiebre coli-bacilar.

Hechas estas exclusiones, entiendo que el cómputo de síntomas observados en el sargento Lugo, concuerdan, sino de una manera prefectamente exacta, con la sintomatología del dengue; no siendo óbice para esta afirmación la presencia de albúmina, según lo sostienen autoridades médicas dignas de crédito. Por último, el que esta pirexia haya durado siete días, concuerda con la opinión de Manson ne su obra de enfermedades tropicales al hablar del dengue o fiebre de los siete días, y como le dengue, al igual que la fiebre amarilla y la malaria, es una enfermdead cuyo huésped intermediario es el mosquito, se de aplaudir el que los enfermos a que nos venimos contrayendo sean aislados en una sala a prueba de estos insectos.

El Dr. Carbonell manifiesta que estuvo esta tarde, en unión de los doctores Foni y Lugo Viña, en el Hospital Militar, habiendo visto y examinado allí a los tres enfermos sospechosos de estar atacados de fiebre amarilla. Desde luego, de estos tres casos hay que separar uno, en el cual no se advierten otras manifestaciones patológicas que las propias de una inyección de vacuna anti-tífica que se le había puesto dos días antes.

(*Continuará.*)

SENSIBLE PERDIDA.

Al entrar en prensa este BOLETIN, nos sorprende la infausta nueva de la muerte del Dr. William Louis Rodman, Presidente de la Asociación Médica Americana. Es la primera vez que en la vida de esta Asociación fallece uno de sus miembros desempeñando el alto puesto de residente de ella, acontecimiento que es de sentirse doblemente opr tratarse de un hombre del gran valer profesional del Dr. Rodman.

Este hombre de ciencia obtuvo su educación prelimnar científica del Kentucky Militar Institute, recibiendo su título de Doctor en Medicina y Cirujía del Jefferson Medical College, Philadelphia, en 1879; hizo su internado en los hospitales de aquella institución, de donde salió para ingresar en el Cuerpo Médico de los Estados Unidos. En 1889 fué designado demostrador del Departamento de Medicina en la Universidad de Louisville, Ky.; en 1893 renunció este puesto para aceptar el de profesor de Cirujía en el Colegio de Medicina de Kentucky, y en 1898 fué nombrado profesor de los Principios de Cirujía en el Medical Chirurgical College, Philadelphia, así como también profesor de Cirujía del Philadelphia Women's Medical College. Fué Presidente de la Asociación de Colegios de Medicina Americanos y un gran defensor del Board Nacional de Examinadores, fué igualmente Presidente del Club Médico de Filadelfia, y un prominente miembro del Colegio de Médicos de Filadelfia, del Colegio de Cirujanos Americanos, de la Asociación Quirúrjica Americana, de la Asociación Internacional de Cirujanos, y de la Aosciación de Cirujanos Militares de los Estados Unidos

En la literatura médica se distinguió grandemente por sus contribuciones al estudio de las Ulceras Gástricas y Cáncer del Pecho, así como también por su monografía sobre las enfermedades de las glándulas mamarias, habiendo contribuído igualmente a la publicación del International Text Book of Surgery, del Keen System of Surgery, y del Bryant Bush's Practice of Surgery.

La relación que acabamos de hacer de los trabajos y puestos ocupados por el hombre que acaba de morir, es suficiente para demostrar que él deja en la profesión y en la Asociación Médica Americana un vacío difícil de llenar, y el BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE P. R. se une a la Asociación Médica Americana en su justo duelo por tan sensible pérdida.

Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

1916.

Presidente: Francisco del Valle Atiles, M. D.,
San Juan, P. R.

Vice Presidente: Víctor Gutiérrez Ortiz, M. D.,
Ponce, P. R.

Tesorero: Jacinto Avilés, M. D., San Juan, P. R.

Secretario: José Belaval, M. D., San Juan.

CONSEJO

Bailey K. Ashford, M. D., San Juan, P. R.

Mariano Rovellat, M. D., San Juan, P. R.

Pedro Gutiérrez Igaravídez, M. D., San Juan, P. R.

Editor del Boletín: Francisco del Valle Atiles, M. D.,
San Juan, P. R.

Editores Auxiliares: Jacinto Avilés, M. D.,
San Juan, P. R.

José S. Belaval, M. D.

SUMARIO

Páginas.

Apuntes a propósito del brote de viruelas actual.—Dr. Francisco del Valle Atiles 57

Observaciones sobre las eclampsias en Puerto Rico.—Dr. José S. Belaval. 68

The importance of proper administration of anaesthetic agents for reducing surgical mortality.—Dr. W. R. Watson 80

Breves consideraciones sobre dos adquisiciones de la moderna práctica médico-quirúrgica (a) Drenage filiforme. Anestesia troncular.—Dr. Julio Barreiro.... 95

El Dr. Gatell.. 115

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.
ORGANO OFICIAL

PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XII **JUNIO 1916** **NUMERO 111**

APUNTES A PROPOSITO DEL BROTE DE VIRUELAS ACTUAL.

DR. F. DEL VALLE ATILES.

Desde la vacunación general que se hizo, durante el gobierno militar americano, no se habían presentado en la isla casos de viruelas, en número suficiente, para crear temores de que se desarrollara una epidemia.

Puerto Rico figura entre los países en que la vacuna es obligatoria. En los Estados Unidos lo es en Kentucky y en Rhode Island; Arizona, Hawai, Maryland, New Mexico y Dakota tienen leyes que requieren la vacunación de los niños. En Europa: Suecia, Noruega, Escocia, Alemania, e Inglaterra también son países en los que la vacuna es compulsoria. La validez y legalidad de la medida por lo que se refiere a los Estados Unidos del Norte América, ha sido sostenida por la Corte Suprema, fundándose en que:

"La libertad asegurada por la Constitución de los Estados Unidos, no imparte un absoluto derecho en cada persona de proceder en todo tiempo y en todas las circunstancias totalmente libre de alguna restricción. La libertad real para todos no podría existir bajo la operación de un principio que reconociera el derecho de cada individuo a usar la suya en lo que respecta a su persona y a su propiedad, sin preocuparse del daño que pudiera causar a otros." Sería muy de desear que la vacunación fuese un acto voluntario, esto demostraría que la educación, suficientemente generalizada, había triunfado contra la ignorancia y los prejuicios; pero la experiencia ha demostrado en todas partes que esto es al presente un sueño, y así se ha visto en Puerto Rico.

Por circunstancias económicas, la vacunación en la isla no se ha podido llevar durante los últimos años, con el rigor de una medida legalmente compulsoria; y como las gentes no se han apresurado tampoco a procurarse esta medida previsora, el resultado ha sido la presentación de numerosos casos de viruela, que ya en el mes de Mayo exigieron una acción vigorosa de parte de

las autoridades sanitarias. La economía en materia de Sanidad es siempre contraproducente. A la postre cuesta mucho más combatir los males que prevenirlos.

La estadística demuestra que mientras en Suecia con una población de 4.746,465 habitantes, el promedio de defunciones por la viruela en los años de 1886-87-88-89 fué 1 por millón; en España en donde la vacuna no es obligatoria, fué durante el mismo período de 963 por millón de habitantes, estimada la población en 11.864,000.

Este ejemplo justifica, digan lo que quieran los anti-vacinistas, la importancia de la medida; pero si aún fuese necesario, se podrían multiplicar las pruebas. En Abril 8 de 1874 Alemania adoptó la vacuna general compulsoria en virtud de la cual todo niño debe ser vacunado antes del primer año de su vida y revacunado a los doce. Dede la fecha de promulgación de la ley, no han ocurrido más epidemias de viruelas en Alemania, si bien todavía en 1897 se registraron ocho defunciones por esta enfermedad, lo que da una mortalidad insignificante teniendo en cuenta que la población del imperio es de 54.000,000.

La cifra de mortalidad por la viruela ha ido disminuyendo desde entonces cesando así una causa de muerte, de grandes deformidades y de pérdidas económicas de consideración.

En Puerto Rico se puede demostrar que la causa de las epimias ha sido antes y ahora la negligencia en la vacunación; los datos recogidos durante el brote actual son suficientes para verlo. Se puede asegurar que el número de personas no vacunadas, y las que habían perdido ya la inmunidad adquirida por la vacuna, asciende a un tanto por ciento considerable.

Ahora bien, tres medidas son importantes cuando se trata de combatir una epidemia de viruelas. La primera se funda en la eficacia de la vacuna; la vacuna obligatoria es pues la primera de todas; viene en segundo lugar el aislamiento de los enfermos, cuya provisión se funda en la contagiosidad, y de ello el que sea necesario aislar todas las personas que no puedan ofrecer a la Sanidad garantías suficientes de incomunicación y de tener una asistencia domiciliaria que no comprometa la salud de otras personas ni por los objetos contaminados, ni por los insectos.

Y viene enseguida el problema de la desinfección, que comprende a las casas; medida esta última que con ser la más aceptada y hasta exigida por el público profano, está sin embargo sobre el tapete la cuestión de su eficacia. A lo menos en otras enfermeda-

des; la escarlatina, difteria, sarampión, en las cuales parece que los beneficios de la medida no compensan los gastos que ocasiona la desinfección; pero en el caso particular de la viruela, no se ha dicho aún la última palabra, y se sigue practicando. Desde luego al tratar de desinfección, conviene considerar al paciente y los útiles de que se ha servido durante su enfermedad, y la habitación.

En cuanto al enfermo, como regla general, sus esputos, orinas, y excrementos no hay duda de que deben ser desinfectados por los medios reconocidamente apropiados; y además debe estar cuarentenado hasta que haya pasado la descamación y se haya bañado.

Los útiles del enfermo no deben salir del cuarto sin ser hervidos o sometidos al vapor o sumergidos en una solución bactericida; y aquellos artículos de poco valor como paños, algodones, deben ser destruídos por el fuego.

En cuanto a la habitación de un varioloso, ya lo hemos indicado, no se ha comprobado que los beneficios de la desinfección no compensan el gasto; por lo tanto, convendría, no sólo atenerse a una práctica de limpieza absoluta de la casa ocupada por el varioloso, sino también a los medios desinfectantes. No debemos olvidar la existencia reconocida de portadores de bacilos. Se sabe hoy que los gérmenes de ciertas enfermedades persisten en las personas que les han padecido, y hasta se les halla en quienes nunca las sufriero. Los portadores de infección constituyen pues un factor que debe tenerse muy en cuenta cuando tratemos de investigar el valor real de una desinfección; pues por muy eficaz que hubiese sido ésta, si existe un portador de la infección que la propague, formaríamos un juicio inexacto acerca del valor protectivo de los medios desinfectantes, y esto les haría perder o les quitaría indebidamente importancia. No es siempre fácil decidir acerca de la eficiencia de los diferentes métodos empleados para combatir una epidemia y el gasto hecho en desinfectar la habitación en que ha estado un sujeto afectado de una enfermedad infecciosa, debe estar justificado, como creemos que aún lo está en los casos de viruela, mientras no se pruebe experimentalmente lo contrario por la ciencia.

Se ha empleado un método para juzgar el valor de la desinfección de las habitaciones, que es el de la comparación entre casas desinfectadas y que no lo fueron, con relación con el número de personas atacadas en cada caso de la misma enfermedad sometida a experiencia. El doctor Chapin de Providencia experimentando con la difteria y la escarlatina ha llegado a demostrar que el dinero

y tiempo empleado en la desinfección de la casa no era compensado por la pequeña o ninguna influencia ejercida en la extensión de la epidemia. Claro es que se necesitan de más observaciones dada la importancia del asunto.

En la ciudad de New York se han suspendido las desinfecciones en los casos de difteria y del sarampión, sin embargo, la cama de los pacientes de difteria se lleva a esterilizar a la oficina de desinfección; y aún se siguen fumigando las casas en que hubo casos de escarlatina.

Muchos investigadores sostienen que la vida de la mayor parte de los gérmenes es muy breve, y que el peligro que ofrecen los objetos inanimados es pequeño; sin embargo cada enfermedad debe ser estudiada por sí, pues porque se haya demostrado que la fumigación de las casas tiene corto valor en los casos de difteria, de escarlatina o de sarampión, no puede deducirse que ocurra lo propio con otras enfermedades tales como la tuberculosis pulmonar, y las viruelas.

En Francia, el estado de la cuestión es el siguiente:

No parece que haya duda acerca de la eficacia de la desinfección de los vestidos, colchones, mantas, almohadas y otros objetos que hayan servido a los contagiosos, y en cuanto a las habitaciones sólo puede excusarse la desinfección a condición de que se hayan mantenido durante todo el período de la enfermedad en un estado de aseo escrupuloso, completo y permanente, por medio del barrido, precedido del uso de serrín humedecido en una solución de cloruro de cal, por el fregado, con un cepillo duro mojado en agua caliente conteniendo carbonato de soda, o en una solución de cresil, de las paredes y muebles; y al final pintando las paredes con una lechada de cal al 20 por 100 que limpia y desinfecta al mismo tiempo .

Al tratar de al viruela no puede dejarse de aludir a una circunstancia que conviene tener en cuenta en todas las ocasiones en que se nos presenten casos de exantemas cutáneos febriles; y es, la coincidencia de epidemias de varicela y de viruelas, y la posible confusión entre ambas enfermedades.

Debemos recordar que el nombre de varicela y de viruela suenan como si se tratara de una misma enfermedad; y que la varicela ha sido designada con el nombre de viruelas locas.

Esta confusión ha existido hasta en la misma ciencia antes de ahora; todavía en la obra de Patología Médica del doctor don

Juan Drumen, catedrático de dicha asignatura en la Universidad de Madrid y médico de Cámara de S. M. se lee:

"Con los nombres de varioloide ,varicele, que nosotros llamamos fiebres eruptivas, se comprenden unas erupciones cutáneas, pustulosas y en algunos vesiculares que se observan en los que han padecido la viruela lejítima, digámoslo así, y en los vacunados, sobre todo cuando reinan epidemias de las primeras, diferenciándose de las mismas por la rapidez de su curso y porque no tienen período de supuración ni fiebre secundaria."

De modo que para Drumen la varicela era, como la varioloide, una viruela modificada.

El doctor M. Ed. Moneret en su Tratado Elemental de Patología Interna, 1868, al tratar de la **Viruela loca** parece incluir entre los exantemas, bajo este nombre, a la varicela, de la cual no trata como enfermedad aparte:

"Dedúcese fácilmente, dice, que en esta variedad, la pústula puede detenerse en la papulación o en la vesiculación, formar o no formar ombligo, llegar a la supuración y carecer de una falsa membrana manifiesta."

Todavía A. Vogel, profesor de Clínica Médica de Dorpat, en su obra de "Enfermedades de la Infancia" cuya traducción española se publicó en Madrid en 1872, en el capítulo "Viruela modificada (varioloide) y varicela" se expresa como sigue:

"La varicela (viruela fugaz) es el menos peligroso, el más insignificante de los exantemas agudos."

Estas opiniones representan la idea unicista. Más tarde, A. Trousseau en su "Clinique Medicale de L'Hotel de Dieu de Paris", 1873, se expresa así:

"Nunca se leerá, ni releerá lo bastante el interesante pasaje de los Comentarios de Van Sweiten a los Aforismos de Boerhaave, en los cuales, discutiendo la cuestión de las recidivas de la viruela, el ilustre médico de Viena señala muchas especies de estas viruelas modificadas o bastardas que él designa con el nombre de **Variolae Spuriae** bien que bajo este nombre ha confundido la varicela con la viruela modificada; enfermedades, sin embargo, esencialmente diferentes la una de la otra."

Y más adelante, añade:

"Si relativamente a la identidad de la viruela y de la viruela modificada, soy de la opinión de todos los médicos, no así en cuanto a la **varicela** o **viruela volante** como se llama aún vulgarmente."

En la obra "Enfermedades de los Niños" por Carlos West,

médico del Hospital de Niños de Londres, traducción castellana publicada en Madrid, 1877, se lee:

"Varicela.—Además de la varioloide, hay otra afección todavía más leve que se observa a menudo en los niños y que se designa por la extremada benignidad de sus síntomas habituales con el diminutivo de **varicela.** Las opiniones han sido muy diversas sobre las relaciones de esta afección con la viruela y aun al presente no están de acuerdo todos los escritores sobre si conviene considerarla como una afección completamente distinta. **La evidencia está sin embargo en favor de la opinión que considere la varicela completamente distinta e independiente de la viruela.** "

Desde que Trousseau estableció la dualidad de las dos enfermedades, a pesar de que algunas entidades médicas como HEBRA han sostenido que la varicela no es sino expresión atenuada de la viruela, el dualismo de ambas afecciones han quedado definitivamente establecido y aceptado por la generalidad .

En cuanto al diagnóstico, todo práctico sabe que reviste gran interés, tanto porque hay peligro de exponer indebidamente un enfermo de varicela a contraer la vireula, cuanto porque en el caso contrario, no se tomen oportunamente la precauciones necesarias a fin de evitar el contagio de otras personas.

Afortunadamente el último caso sólo puede ocurrir ya sino excepcionalmente, y menos hoy en que el laboratorio parece venir en nuestro auxilio de un modo eficaz por la aplicación del método de Force y Beckwith, publicado en el "Journal de la American Medical Asociation" de 14 de Agosto 1915, al caul referimos a nuestros lectores y cuyas preciosas conclusiones son las siguientes:

1.—Que conejos sensibilizados por la vacuna darán una marcada reacción intradérmica con el virus de las vesículas de la viruela a las 24 o 48 horas; y por el contrario no darán reacción alguna si el virus procede de vesículas de varicela.

2.—La alergia cutánea que sigue a la vacunación original persiste a lo menos ocho meses aunque no haya habido estímulo alérgico durante ese período.

3.—La reacción intradérmica se produce con materia procedente de la viruela, nueve días después de tomada del paciente.

4.—Un diagnóstico de laboratorio para la viruela es por consiguiente posible para los médicos y los oficiales de Sanidad, toda vez que el contenido de las vesículas se puede enviar en tubos capilares a los laboratorios centrales, para ser usado en la prueba intradérmica en conejos y conejillos de india sensibilizados.

La palabra Allergie ha sido usada por Pirquet para indicar las condiciones de inmunidad adquirida y asociada con anafilaxia. Allergie, como la indica la palabra, dice Rosenau, viene de **allos,** cambio, y **ergon,** acción, y expresa un poder alterado del organismo para reaccionar. Cuando este poder o reacción está aumentado, decimos que el cuerpo es hipersensible o está en estado de anafilaxia.

La importancia que adquiere el diagnóstico de laboratorio se comprende cuando se recuerdan los casos de enfermos de varicela sometidos al contagio de la viruela por error de diagnóstico; el doctor Jules Comby, médico del Hospital "Enfants Malades" da cuenta de una recien parida que, sometida al aislamiento en una sala de variolosos, adquirió la viruela ella y su hijo justamente al curarse de la varicela que se había tomado como viruela.

E. Brissard, A. Pinaud y P. Reclis en la Nouvelle Practique Medico Quirurgicale" citan el caso de un niño con varicela que contrajo la viruela a pesar de haber desarrollado la vacuna, tardíamente hecha, a causa de habérsele aislado en una sala de variolosos, y dicen:

"A pesar de todo el diagnóstico en algunos casos es muy difícil y es necesario esperar uno o diez días para decidirse."

Desde luego esto es la excepción; por lo común el diagnóstico no se hace tan difícil, pues, como dice el profesor de enfermedades de los niños en el Colegio de Medicina y Cirujanos de la Universidad de Columbia, New York, D. L. Emmett Holt:

"El diagnóstico de la varicela es usualmente fácil con tal de que se tengan en consideración los siguientes puntos: Primero.—Que la erupción aparece lentamente y por brotes, de modo que pápulas y vesículas y costras pueden observarse en la piel unas al lado de otras próximamente. Segundo.—Que la umbilicación es debida sólo al modo de secarse la vesícula que empieza por el centro. Tercero.—La aparición de los puntitos sobre las membranas mucosas y la historia de la exposición del sujeto."

En la Obra "Maladies de l'Enfance" de A. D. Espine y G. Picot al tratar del diagnóstico de la varicela se expresan así dichos autores.

"Durante el período prodrómico el diagnóstico de la varicela puede ser incierto, pero desde que aparece la erupción la enfermedad se reconoce fácilmente; todo lo más podría confundirse con la **varioloides** de la cual se distingue por la brevedad de sus pródromos, por el debut de la erupción sobre el tronco y no sobre

la cara, y por la ausencia habitual de umbilicación de la vesícula.''

Según el profesor Dr. Hermann Sahli, de Berna, el Dr. Erben encontró en la varicela un aumento de los leucocitos mononucleares, aunque el número total de leucocitos era normal.

En nuestra isla como en el resto de América, la viruela no fué conocida hasta después de la llegada de los europeos. En el viejo mundo parece haber sido conocida desde el siglo VI. Si bien los chinos hacen remontar esta fecha a 1122 años antes de Jesús-Cristo. Las epidemias en Puerto Rico empiezan ya en 1511, y en los tiempos modernos se registran las de 1860, 1875 y 1880 como muy mortíferas. Esta última empezó en Mayo y duró hasta Junio, de 1881.

Una estadística incompleta del Hospital Municipal de Variolosos de aquella época que leemos en la Memoria del doctor Elías, sobre la Vacuna Animal en Puerto Rico, nos enseña que en ocho meses ingresaron en dicho hospital 375 enfermos; vacunados 27 y sin vacunar 348. De los primeros sólo murió uno y de los segundos 38, lo que confirma las dos ventajas que ofrece la vacunación: Primera, menor número de invadidos; Segunda, número de defunciones insignificante entre los vacunados, y muy considerable entre los que no lo están, confirmándose así la eficacia de la vacuna como medio preservativo contra la viruela, y reconocida en el mundo entero, con pocas excepciones. Según el doctor don C. Coll y Toste ya en el año de 1803 el gobernador don R. de Castro había hecho venir de San Thomas fluído vacuno que fué propagado en San Juan por el doctor don F. Oller; y bien conocida es la expedición de don Francisco Javier Balmis que, a virtud de Real Orden de 20 de Mayo de 1804, llegó a nuestra isla para propagar la vacuan y que originó el Reglamento Económico de Vacuna y la creación de la Junta Superior de Vacuna de la cual eran Presidente y Vice Presidente natos respectivamente el señor Capitán General y el Ilustrísimo señor Obispo.

Que aquí se reconocía ya la eficacia de la vacuna es indudable, así como que hubo interés de parte de las autoridades españolas en que los habitantes de la isla recibieron los beneficios del fluído vacíneo lo confirma, además de los datos anteriormente recogidos, la creación más tarde, en 1882 por la Diputación Provincial, del Instituto de Vacunación que estuvo a cargo del doctor don A. Sierra y Carbó durante un año y cuyo objeto era mantener la vacuna animal fresca en condiciones satisfactorias.

Aunque se asegura que el **cow-pox** se ha observado en la isla

en dieferentes ocasiones, y que en la Ceiba apareció en 1878 la enfermedad expontáneamente en el ganado vacuno, el Instituto se fundó con virus, importado por el doctor Sierra, del Centro de vacuna existente en Madrid.

Ahora bien. ¿Cómo se explica que habiéndose dado desde tan temprano la importancia debida a la vacunación en la isla fuese necesaria la vacunación general ordenada por el gobierno militar americano para acabar con los casos numerósos de viruela que a menudo se presentaban en distintos puntos de la isla?

La explicación es que la vacuna no era conminatorio, y que la ignorancia y los prejuicios hacían que muchas personas rehuyeren someterse a la medida preventiva. El agente productor de la viruela parece como que espera en un estado de pasividad, en los países en donde se ha manifestado una vez, a que haya un número de personas no inmunizadas, para extenderse: y la cuestión está en quitarle los elementos que le vuelvan activo, lo que se consigue haciendo inmunes por la vacunación a las personas expuestas a contraer la enfermedad.

Después de la vacunación general a que aludimos, se ha pasado un período de varios años sin que hubiesen casos de viruelas en la isla en número suficiente para considerarla como una epidemia, aunque no faltaron casos aislados, hasta que en Mayo último se alarmó con justo motivo la población de San Juan y la isla con la aparición de focos, importantes por su número, de enfermos de viruela.

¿Cuál ha sido la marcha de este proceso? Para nosotros la cosa ha sido clara, partiendo de la base de la condición de permanencia del agente de la viruela. Mientras duró la inmunización de la vacuna hecha en el período militar, la viruela no pudo extenderse, pero una vez que el número de personas no vacunadas creción, la viruela pudo desarrollarse en forma de epidemia.

Y se preguntará: Pues que la ley hace entre nosotros obligatoria la vacunación, ¿cómo se explica el que nos encontremos con un considerable número de personas sin vacunar?

La respuesta es que no se puede hacer Sanidad sin dinero, y que de nada vale declarar obligatoria la vacuna, si al propio tiempo no se proporcionan los medios para que se pueda disponer de fluído bastante para vacunar constantemente, y de vacunadores en número suficiente.

Y este ha sido el caso en Puerto Rico.

Las condiciones económicas de la isla determinaron la forma-

ción de presupuestos en los cuales se hicieron economías que afectaron entre otros al Servicio de Sanidad. Si este no tenía asignación para comprar flúido vacuno, ni para pagar vacunadores, es evidente que no podía obligar a que se vacunase el pueblo. Y he aquí una vez más comprobado lo que al principio decimos: que las economías en materia sanitaria son contraproducentes.

Nosotros creemos que la lección debería aprovecharse y proveerse a la Isla de un Instituto de Vacunación, restableciendo este servicio y procediendo de modo que, en adelante pudiera nuestro país figurar al lado de Suecia, Alemania, y demás países civilizados en donde la vacunación y la revacunación obligatoria han triunfado de la viruela definitivamente.

Una circunstancia debemos hacer notar en el curso del brote de viruelas actual y es la escasa mortalidad que ha producido; circunstancia por otra parte ya anotada en las epidemias de viruelas que han reinado en distintos países. En San Juan desde el 24 de Abril al 16 de Junio en que cerramos nuestra edición se han registrado 283 casos de viruela en el hospital cuarentenario y ninguna defunción. En Trujillo Alto durante igual período 90 casos y 5 defunciones. En el resto de la Isla 80 casos y cero defunciones.

La influencia de la vacunación se ha manifestado del modo siguiente: de los casos en que se ha podido comprobar el dato, estaban vacunados 154 y no habían sido nunca vacunados 129; pero de los vacunados todos lo habían sido más de 7 años antes habiendo transcurrido hasta 20 ó 25 años en algunos desde su última vacunación; de modo que los beneficios de ésta eran ya nulos.

Al tratar de la benignidad de la presente epidemia se debe tener presente que las variaciones en la virulencia de las epidemias es un hecho demostrado. A este propósito dice Osler:

"Sydenham enuncia que la viruela también tiene sus modalidades peculiares; que toman una forma durante una serie de años y otras durante otros; y no sólo en lo que él llama la constitución epidémica varía grandemente, sino en la intensidad de la enfermedad en miembros de una familia, todos expuestos a la misma infección. Una notable ilustración de ésta variabilidad se ha notado en las últimas epidemias, las cuales han sido de un carácter tan moderado, que en muchas localidades han sido confundidas con la varicela; en otras, particularmente en los Estados Unidos, ha prevalecido la creencia de que ha aparecido una nueva enfermedad a la cual se le ha dado el nombre de "Sarna-Cubana" o "Sarna-Filipina". En muchas ocasiones no se ha hecho un diag-

nóstico correcto sino después que ha ocurrido una defunción. Digno de mención es un brote pequeño que ocurrió en una de mis salas para enfermos de color, que al principio equivocamos con varicela. Las mismas particularidades han sido observadas en Leicester, Nottinghanm y Cambridge. Aún en niños no vacunados, la enfermedad ha sido excesivamente benigna.''

''Algunos de los casos de Leicester sólo tenían unas pocas de pústulas (Allan Warner) pero esta es una historia antigua de la enfermedad. John Mason Gord al comentar este asunto, refiere la gran variabilidad en las epidemias y dice que él mismo cuando tenía seis años (1770) tuvo la viruela con ''apenas trastorno alguno y no más de veinte pústulas esparcidas en todo el cuerpo.''

''La enfermedad descrita en algunos de los Estados del Brazil, como Alastrim, vista también en las Indias Occidentales, es probablemente una viruela benigna.''

De esta última opinión, emitida por el doctor Osler, también participan otros prácticos como el doctor Beaurepaire Aragos, pero a pesar de que el doctor Carmi, director del Instituto Pasteur de San Pablo, comprobó en su laboratorio la existencia de los cuerpos de Guarnieri en el pus de las pústulas de alastrim, inoculado en la córnea de los conejos, parece comprobado por los trabajos del doctor Fritz Jacobs, que ejerce en Sao Jose dos Campos, Brasil, y que fueron publicados en una revista Suiza de Medicina, que el alastrim no es una rama del tronco viruela, sino otra enfermedad.

En este parecer coinciden varios médicos brasileños; y el asunto ha sido objeto de una tesis del doctor Ribas.

La clínica ha fundado su juicio, contrario a la identidad del alastrim con la viruela, en la escasa mortalidad del primero, benignidad mayor de la dolencia en los niños, falta de fiebre secundaria, falta de cicatrices deformantes e ineficacia de la vacuna de Jenner para prevenir la enfermedad.

A la hora en que escribimos estos apuntes la epidemia está dominada por el Servicio de Sanidad, y la vacunación debidamente reglamentada, nos permite pronosticar que pronto no habrá un sólo caso de viruelas en la isla.

OBSERVACIONES SOBRE LAS ECLAMPSIAS EN PUERTO RICO. *

DR. JOSE S. BELAVAL

En la sesión científica de la Asociación Médica de Puerto Rico celebrada en Diciembre de 1914 en los Baños de Coamo, nos complacimos en presentar a la ilustrada consideración de aquella asamblea nuestras observaciones personales sobre la práctica de la Obstetricia en Puerto Rico, y tratamos de hacer resaltar los defectos que a nuestro juicio adolecemos en esa importante rama de la medicina.

Nos propusimos tratar en el futuro algunas de las cuestiones que allí esbozamos ligeramente, y fué nuestra intención preparar estas notas sobre las "Eclampsias" para la Asamblea anual pasada, pero, las obligaciones que sobre nosotros pesaban en aquella ocasión, como Secretario de la Asociación Médica de Puerto Rico, nos impidieron tener el honor de hacerlo, aplazándolo con sumo gusto para una de estas reuniones de la Asociación Médica del Distrito Norte.

Es la eclampsia un problema escabroso y preñado de dificultades, al cual hemos de aproximarnos recelosamente, sin pretensiones de ningún género, y contando con la reconocida benevolencia de todos nuestros compañeros presentes.

Comenzaremos por apuntar ciertos datos estadísticos recogidos en el Servicio de Maternidad de los Hospitales Municipales de San Juan, por el doctor Laugier y el que tiene el honor de dirigirse austede s en estos momentos.

Nuestras observaciones cubren el período de tiempo que media entre Julio 1913 a Diciembre de 1915 o sean 30 meses, y hemos recogido 462 partos que para nuestro objeto han sido clasificados como sigue:

---

* Trabajo leído ante la Asociación Médica del Distrito Norte en su sesión científica del mes de Abril 1916.

Parturientas cuyas orinas no fueron examinadas o resultaron negativas. . .	368
Con trazas de albúmina	46
Con albúmina en cantidad.	48
Total	462

Tenemos que de 462 partos, 94 parturientas o sean el 20.3% acusaban albuminuria, tanto por ciento crecido si lo comparamos con el 8% que es la cifra usualmente encontrada en los últimos meses del embarazo.

Es de sentirse que nuestras observaciones no fuesen más precisas, y continuadas hasta el final del puerperio, para determinar qué tanto por ciento de estos casos, quedaban con lesiones permamentes del riñón, y qué tanto por ciento eran verdaderas albuminurias gravídicas que desaparecían con el puerperio, pues si bien es cierto que Bouchard pretendió encontrar los caracteres de diferenciación en la retractilidad o no retractilidad de la albúmina, suponiendo que la albúmina retráctil era indicio de una lesión renal definitiva, Rodet y Lepine demostraron que era posible convertir una albúmina no retráctil en retráctil con sólo añadir una pequeña cantidad de cloruro de sodio, destruyendo así la teoría de Bouchard.

Tampoco hicimos nosotros la diferenciación entre albuminurias de origen renal y albuminurias de origen vexico vaginal, etc., pero siguiendo las apreciaciones de Recasen, quien afirma que el 50 por ciento de todas las albuminurias de la preñez son de origen renal, nos deja en nuestra estadística un 10 por ciento de albuminurias gravídicas de origen renal, cuya importancia no se nos ocultará, si observamos, que en nuestra serie ellas fueron seguidas en 34 casos por la eclampsia con 10 muertes.

Comparemos ahora el número de casos de eclampsias habidos en nuestra estadística en los Hospitales Municipales de San Juan, con el de otras maternidades y veremos que:

En los Hospitales Municipales de San Juan en 462 partos ocurrieron 34 eclampsias o sea 1 caso en 13.5	7.3 %
En la Caridad de Berlín 1 caso en 150	0.75%
En la Caridad de Madburg 1 caso en 208 . . .	0.50%
En la Caridad de Tarnier (Servicio Budin) 1 caso en 137	0.70%
En la Caridad de Barcelona (Recassen) 1 caso en 100	1. %

Charpentier estadísticas coleccionada, 1 caso en 354 0.30%
Cassamayor (París) en 16225 partos ocurren 99
Eclampsias o sea 1 caso en 175 . . . . . . 0.61%
Goldberg (Dresden) en 10,000 partos ocurren 81
Eclampsias o sea 1 caso en 175 . . . . . 0.70%
Veit (Alemania) en 149,366 partos ocurren 901
Eclampsias o sea 1 caso en 166 . . . . . 0.60%
Newell (Boston) en 6,700 partos ocurren 99
Eclampsias o sea 1 caso en 67 . . . . . 1.17%
Edgard de Philadelphia en 1,200 partos tuvo 7
Eclampsias o sea 1 caso en 171 . . . . . 0.58%
Hirst de Philadelphia 1 caso en 300 . . . . 0.33%

De este estudio comparativo de las etadísticas, hemos de anotar que el tanto por ciento de eclámpticas varía entre un ½% a un ¾% mientras que en los Hospitales Municipales de San Juan hemos tenido un 7%.

Hemos de admitir, que a las maternidades públicas acuden la gran mayoria de las eclámpticas en todas las ciudades populosas, si bien hay una razón poderosa para justificar la diferencia en el tanto por ciento de eclámpticas en las otras maternidades con relación a la de los Hospitales Municipales de San Juan y es, que en casi todas las maternidades las enfermas tienen que hacer solicitud a los dispensarios con antelación al parto, y en estos dispensarios las embarazadas son examinadas cuidadosamente, y si se les encuentra sufriendo de la toxemia de la preñez, son puestas bajo tratamiento adecuado, y en casos graves admitidas al hospital, evitándose así muchas explosiones eclámpticas. Por el contrario, en nuestros hospitales, a causa del pequeño número de camas destinadas a este objeto, fuera de toda relación con las necesidades de la ciudad, sólo es posible admitir a las parturientas, cuando ya ha comenzado el parto normal, o están en plenas convulsiones eclámpticas, y por lo tanto no nos es dable evitarlas en modo alguno.

Para averiguar el verdadero por ciento de eclámpticas en San Juan hemos indagado de nuestros compañeros el número de eclampsias que han tenido y requerimos de la amabilidad del doctor J. Gómez Brioso, Jefe de Estadísticas del Servicio de Sanidad, que nos suministrase una nota exacta de los partos habidos en la municipalidad, y de las muertes ocurridas por eclampsia en el

mencionado período de tiempo llegando a las siguientes conclusiones:

En 4,720 partos y natimuertos habidos en San Juan en el período de tiempo a que nos referimos han ocurrido:

34 casos de eclampsia en los Hospitales Municipales.

1 caso en el Hospital Presbiteriano.

2 casos en la práctica privada del doctor Carbonell.

1 caso en la práctica privada del doctor García Cabrera.

2 casos en la práctica privada del doctor Belaval.

Total 40, o sea un caso de eclampsia por cada 118 partos, proporción algo subida pero que no es alarmante como en un principio pareció al considerar la estadística de los Hospitales Municipales únicamente.

Por otra parte, si observamos la mortalidad por eclampsia en la isla de Puerto Rico durante los años económicos del 13 al 14 y del 14 al 15, cuyos datos tenemos a mano, encontramos que en 88,774 partos habidos en toda la isla en ese tiempo, sólo ocurrieron 85 muertes por eclampsia, o sea 1 por cada 1,044 partos, en tanto que en San Juan en 3,782 partos ocurrieron 9 muertes o sean 1 en cada 420 partos, de cuya comparación es dable deducir, que a mayor mortalidad por eclampsia corresponde un mayor número de eclámpticas, resultando un aumento considerable casi de un ciento por ciento de eclámpticas en San Juan, con relación a las habidas en el resto de la isla, puesto que no sería lógico suponer que aquí donde hemos visto que casi todas las eclámpticas son tratadas en el hospital, fuéramos a tener mayor mortalidad que en el resto de la isla, que se les trata en sus propias casas en donde no es posible prodigarles, (al menos a las pobres) los cuidados especiales que la dolencia requiere.

Creemos pues dejar establecido, que las eclampsias son más frecuentes en San Juan que en el resto de la isla y que el tanto por ciento de las ocurridas en los Hospitales Municipales de San Juan, es muy elevado comparado con el de otras maternidades.

Etiología:—Estudiando la causas que pudieran dar origen a este relativo aumento de las eclampsias en San Juan, nos encontramos que de los 40 casos reportados sólo 3 pertenecen a personas pudientes, mientras que 37 ocurrieron en pobres, diferencia notable, aun teniendo en cuenta el gran número de pobres que constituye la población de San Juan, pero explicable a nuestro juicio por la sencilla razón de que las personas pudientes, son generalmente atendidas por sus médicos en las alteraciones de salud

que puedan sufrir durante sus embarazos, y por lo tanto un tratamiento apropiado corrige los síntomas premonitores de una eclampsia; en tanto que nuestras mujeres pobres acostumbradas como están a sufrir, sin dar importancia a las alteraciones de su salud que creen propias del embarazo, no reciben tratamiento alguno hasta que le sorprenden las convulsiones eclámpticas.

No creemos que la dieta de estas mujeres tengan participación en la producción de estas toxemias, porque justamente en esta clase de gente los azoados no constituyen la base de su alimentación, si bien la dieta por lo general es mal preparada y de pobre calidad.

Por otra parte, según observaciones de nuestro ilustrado compañero Dr. Giuliani, las nefritis y pielo nefritis, vienen haciéndose muy frecuentes entre nosotros; y es natural que el proceso de la gestación que de por sí recarga el trabajo de las glándulas renales, si encuentra éstas ya lesionadas en algunas de nuestras mujeres, la predispondrá a la toxemia de la preñez y serán causa de muchas de las eclampsias que hemos observado.

Creemos además que uno de los principales factores que pueden contribuir a producir estas nefritis y eclampsias, es la generalización de la extasis intestinal o constipación tan frecuente entre nosotros, cerrando así una vía importante para la eliminación de toxinas, y contribuyendo a recargar el trabajo de los riñones. Igualmente creemos que nuestros hígados tórpidos y que con tanta irregularidad funcionan en estos países tropicales, han de jugar indudablemente un papel muy importante en la etiología de nuestras eclampsias.

En nuestra serie hemos tenido 5 casos de filariasis marcada, que durante el proceso eclámptico contribuyeron sin duda alguna a intensificar la fiebre, que vino acompañada de escalofríos y que desaparecíón por crisis a los dos o tres días. No creemos que la filariasis pueda constituir un factor etiológico directo de la eclampsia, pero sí indirectamente contribuir con los productos de su eliminación a aumentar la toxemia de los casos en que se le encuentra como complicación.

Innumerables son las hipótesis avanzadas para explicar la causa de las eclmpsias, tanto que "Zweiftel" la ha llamado muy apropiadamente "La enfermedad de las teorías", hemos pues de limitarnos a enumerar algunas de las más importantes aun a costa de hacernos cansado, porque son tan interesantes que se nos hace imposible pasarlas por alto.

Teoría nerviosa:—Empezó por creerse en épocas remotas que era un desorden del sistema nervioso peculiar al embarazo, teoría poco sostenible pero que hasta cierto punto fué resucitada por Herff en 1892.

La teoría bacteriana:—Sugerida por Delore y Rodet de Lyon en 1884 y sustentada por las investigaciones de Doleris en 1885, y por las de Bue, Favre, Sourel, etc., quienes llegaron aun a describir algunos organismos como causa de la eclampsia, no resistió el análisis riguroso llevado a cabo por Doderlein, Schmorl, Bar, Williams y otros que negaron la especificidad de los microbios descritos por aquellos observadores.

Teoría de la auto intoxicación: —Los trabajos de Bouchard sobre la auto-intoxicación, indujeron a Riviere en 1888 a enunciar por primera vez la teoría, de que las eclampsias eran causadas por auto-intoxicación, resultado de la retención en el organismo materno de los productos elaborados durante la preñez, llegando aun, a afirmar que su presencia en la sangre, estaba demostrada por un aumento de la toxicidad del suero sanguíneo que venía a su vez acompañada por una correspondiente disminución en la toxicidad de las orinas. Chamberlent y Tarnier creyeron haber demostrado esta hipótesis, y dedujeron que los productos retenidos en la sangre de las madres, eran los causantes de las lesiones renales y hepáticas encontradas en las eclámpticas.

Ludwig y Savos creyeron que el factor retenido y causante era el ácido carbamínico que se formaba a expensas de un metabolismo incompleto en el hígado.

Massin creyó que este veneno era una leucomaina.

Zweifel acusó al ácido láctico encontrado en abundancia en ocasiones, juzgando que él retrasaba la oxidación de las materias albuminoideas.

Rayer y otros compararon la eclampsia a una uremia, creyendo que el factor retenido era la urea.

Frericks supuso que era una amonemia, por la transformación de la urea en carbonato de amoniaco, pero Veit no pudo encontrar esta sustancia en la sangre de la eclámptica la que a su vez demostró C. Bernard que no era convulsiva.

Shottin la atribuyó a la creatina y creatinina retenida, es decir a una creatinemia.

Espine a una potasemia.

Sin embargo, a pesar de todas estas teorías o hipótesis le fué imposible a Volhard en 1897, demostrar que el suero sanguíneo

era más tóxico en las eclampsias que en cualquiera otra condición, opinión que ha sido confirmada por los trabajos de Van Der Berg Stewarts y otros, quienes demostraron que la muerte de los animales en los cuales se inyectaba el suero sanguíneo y orinas de las eclámpticas, dependía más bien de la rapidez con que se hacía la inyección, que de la toxicidad del fluído inyectado, y que en el caso de las orinas era debida aún más a su contaminación con bacterias, pues si las orinas eran esterilizadas podían inyectarse con inmunidad la mayor parte de las veces.

Teoría de la hepatoxemia:—Bouffe de Saint Blaisee cree la enfermedad originalmente causada por una alteración de las funciones del hígado que le incapacita para transformar en inocuos ciertos productos venenosos resultados del metabolismo, y que estos productos son los causantes de la auto-intoxicación que él denomina hepatoxemia.

Sustancia de origen fetal:—La presencia frecuente en los cadáveres de las eclámpticas, de procesos trombóticos, ha hecho pensar a Schmorl, Volhard, Fehling, etc,. en la existencia en la sangre de alguna sustancia coagulante probablemente de origen fetal o placentario.

Por otra parte Liepmann demostró que la pulpa placentaria de mujeres sanas es inocua para los animales, en tanto que la de las eclámpticas contienen un veneno que los mata a dosis relativamente pequeñas y en poco tiempo.

J. Veit y R. Scholten creen que la intoxicación se debe a los elementos sinciticiales que son arrastrados desde la placenta por el torrente circulatorio materno.

Ascoli cree que las sincitiolisinas o sustancias antídotas de los elementos sinciticiales son las productoras de la intoxicación específica, y por último tenemos a Weichardt quien fundándose en sus propios experimentos, emite la oipnión de que la causa de la intoxicación no hay que buscarla en los elementos sinciticiales ni en la sicitiolisinas, sino en las sicitiotoxinas, o cuerpo puesto en libertad con la sangre al producirse la disolución de los elementos sinciticiales por las sincitiolisinas, alega además que de ordinario estas sincitiotoxinas son a su vez neutralizadas por un cuerpo apropiado para ello, y que sólo en caso que falte este cuerpo es que se produce la intoxicación del organismo y la eclampsia.

Hofbawer dice que los elementos placentarios al introducirse en la circulación materna producen una autolisis parcial del hígado, la que a su vez es causa de la intoxicación del organismo.

Por lo expuesto anteriormente daremos la razón a Zweifel, cuando llamó a la eclampsia la enfermedad de las teorías, pues no faltan un sinnúmero de ellas, que pretenden explicarnos el mencionado proceso morboso aunque ninguna satisface por completo.

Parece ser la opinión más aceptada por autores modernos, tales como Bunm de Lee, Recassen, Williams, etcétera, que las eclampsias ton una **toxemia**, causada por la circulación en la sangre de algún veneno o toxina, no comprobado aun, cuyo veneno produce alteraciones del hígado y directa o indirectamente cambios renales; pero no están de acuerdo si esta toxina es de origen hepático, si procede del intestino, del feto o placenta, del metabolismo general, o si de algún desequilibrio en las secreciones glandulares internas; sin embargo, justo es hacer constar que un buen número de autores se inclinan en favor de su origen fetal, basándose: Primero, en que las eclampsias por lo general terminan o por lo menos mejoran notablemente con la expulsión del producto de la concepción; Segundo, que son muchísimo más frecuentes en los últimos meses del embarazo; y, Tercero, que son más comunes en los embarazos gemelares y en los casos de hidramnios.

Diagnóstico:—Es este un asunto que casi no merece tocarse, porque el diagnóstico de un ataque eclámptico no presenta grandes dificultades para cualquier médico que halla observado un sólo caso, y posea un mediano conocimiento del proceso morboso a que nos venimos refiriendo.

En ocasiones no veremos sin embargo obligados a diferenciarlo de procesos convulsivos y comatoso que pueden muy bien complicar un embarazo, tales como la apoplegía, la meningitis, la epilepsia, el histerismo, el coma alcohólico, los envenenamientos por la estricnina, la uremia, y el tétano. Indudablemente que todas estas enfermedades que hemos mencionado presentan algunos puntos de contacto con la eclampsia, pero si conservamos clara en nuestra mente las características de estos ataques, como son la historia clínica que les precede, los síntomas renales, sus convulsiones clónicas y tónicas seguidas por coma o por lo menos de un profundo letargo entre una convulsión y otra, fiebre alta, y apariencia anasarquica de la enferma, nos será fácil las más de las veces llegar a un correcto diagnóstico.

Por la historia del caso podemos casi siempre eliminar los envenenamientos tanto por la estricnina como por el alcohol.

En la epilepsia, no hay síntomas premonitores y sí el aura, los ataques son más rápidos y singulares por lo general, las pu-

pilas están contraídas, la fiebre es tardía en presentarse, y los reflejos están disminuídos o abolidos, todos estos síntomas unidos a la ausencia de síntomas renales a la historia de previos ataques y corta duración del coma epiléptico, nos aclaran nuestro diagnóstico.

En el histerismo, difícilmente confundiremos sus atípicas convulsiones de larga duración, acompañadas de grotescos movimientos y contracturas sin pérdida del conocimiento, así como su pupila movible carencia de la cianosis y respiración estertorosa.

En la meningitis, la retractación permanente de los músculos del cuello, la presencia de convulsiones localizadas y la punción lumbar puede ayudarnos a diferenciarla.

En la apoplegía, la abolición asimétrica de los reflejos, las parálisis hemiplégicas y la invasión repentina nos dilucidarán el diagnóstico.

Uremia, esta entidad morbosa ofrece tal similaridad con las manifestaciones de la eclampsia, que se hace casi imposible llegar a un correcto diagnóstico diferencial entre ambas; bien es cierto que el tratamiento es el mismo, y por lo tanto dicho diagnóstico no es de necesidad urgente.

Convulsiones tetánicas. He aquí un diagnóstico diferencial que no hemos visto mencionado en ningún texto, pero que por su similitud al envenenamiento por la estricnina nada de particular tiene que se le confunda con la eclampsia, más aún, nosotros hemos tocado bien de cerca sus dificultades, y vamos a relatar un caso que recordamos perfectamente.

A una señora albuminúrica se le presenta un parto prematuro de 7 u 8 meses de gestación, es atendida por una comadrona que, a causa de algún inconveniente que desconocemos, llamó a un distinguido colega, quien vió la parturienta de urgencia por primera y única vez. Algunos días después, se desarrollan fenómenos toxémicos, ataques eclámpticos y edema pulmonar. Tres ilustrados compañeros tratan con gran habilidad a la paciente por espacio de dos semanas logrando conjurar el peligro y cuando ya había mejorado notablemente, según lo demostraban los uroanálisis, se presentan de nuevo convulsiones y se agrava la enferma; fuimos llamado con urgencia una madrugada en ausencia de los compañeros que la asistían, y nos encontramos con una pobre señora con la retracción típica de los músculos del cuello, la risa sardónica, los músculos abdominales como varas tensas y duras, y con contracciones de la región toráxica que la asfixiaban, mantenién-

dose sin embargo perfectamente claros sus sensorios y suplicando que se le aliviase de aquella tortura.

Los informes recogidos de la familia nos inducían a creer fundadamente que allí había habido un proceso toxémico, sin embargo, por los exámenes de orina pudimos convencernos de que aquel proceso había sido dominado hábilmente por los compañeros que la asistían, y formulamos nuestro diagnóstico de infección tetánica aguda como complicación.

En los momentos que salíamos del cuarto de la enferma, llegaba uno de los compañeros que la habían tratado, le expusimos nuestros temores y diagnóstico, y pasó a ver a la enferma confirmándonos en nuestra opinión; no tuvimos la misma suerte con el segundo compañero, que llegó más luego, quien mantuvo el diagnóstico de eclampsia. La enferma murió aquel mismo día.

Hemos querido relatar el caso para poner de manifiesto la importancia de este diagnóstico diferencial, puesto que, no sólo puede presentarse el tétano aisladamente en una parturienta, sino que, también podemos hallarle como en este caso complicando la eclampsia.

Pronóstico. Es la eclampsia una de las complicaciones más graves que tenemos que tratar en obstetricia, y nos da una mortalidad global de veinticinco por ciento en las madres y de un 30 a un 45 por ciento en los niños. En nuestra serie tuvimos diez muertes en los 34 casos de los Hospitales Municipales o sea un 29.4% ; mortalidad algo elevada pero no comparable a la tenida en los casos fuera del hospital, de los cuales murieron tres o sea el 60%. Es indudable que este tanto por ciento de muertes, no obedece a otra causa que a la tardanza con que se instituye el tratamiento.

Tratamiento, si alguna enfermedad debemos aplicar los principios de la profilaxis lo es la eclampsia por excelencia: hemos llegado al convencimiento absoluto de que si todas las mujeres en el período de la gestación fuesen observadas y tratadas convenientemente, las eclampsias desaparecerían casi por completo de nuestro cuadro nosológico; muy lejos estamos de ello, y mucho camino tenemos que recorrer aún, pues mientras no podamos eliminar la vulgar idea de que el embarazo ha de venir necesariamente acompañado de achaques, y nuestras mujeres no se convenzan que precisamente son esos achaques los que ños han de dar la voz de alerta, tendremos infortunadamente que lamentar casos de eclampsia.

Ya en nuestra conferencia en los Baños de Coamo a la que antes hicimos alusión, esbozamos de una manera rápida y general, las ideas que sustentábamos sobre esta desastrosa complicación del embarazo, que tan a menudo pone a prueba el tacto y habilidad de un médico. En dicha ocasión dejamos ya anotada, la necesidad imprescindible de vigilar muy de cerca a nuestra paciente, practicando frecuentes exámenes de sus orinas durante todo el período de la gestación. Hoy, hemos de hacer incapié sobre este particular, porque le consideramos de suma importancia en la profilaxia o prevención de la eclampsia. Es cierto que para este fin la profesión médica ha de imponerse una penosa tarea educativa: nuestro público en general, no tiene aún los conocimientos necesarios para estimar que, si bien es cierto que la gestación es un proceso fisiológico, ella está sugeta a reglas higiénicas que deben ser observadas rigurosamente. El organismo de una madre durante este período, está expuesto a sufrir complicaciones repentinas que hagan peligrar su vida y la del feto que lleva en sus entrañas, y por lo tanto el médico de familia, deberá estar al cuidado de toda gestante para guiarla sabiamente, y de acuerdo con los preceptos higiénicos durante todo el período de la gestación, y sólo así le será dable desvanecer cualquier nubecilla peligrosa que intentase entorpecer el camino que ha de conducir a su pacienta a la consecución feliz y sublime de la maternidad.

Siendo tan numerosas las teorías avanzadas respecto a la etiología de la eclampsia, y no habiendo sido aceptada ninguna de ellas en su totalidad, natural es que nuestro tratamiento activo ha de ser empírico, pudiendo dividírsele en médico y obstétrico.

El tratamiento médico tiende, en primer término, al factor convulsivo que amenaza rápidamente la vida de la enferma y reclama con urgencia nuestra atención. Por desgracia todas las drogas de que disponemos para este fin, debemos considerarlas como cuchillas de dos filos y así manejarlas con gran cautela para poder producir con ellas el mayor bien y causar el menor perjuicio. Esta indicación terapéutica la vienen a llenar los narcóticos como la morfina, hidrato de cloral, el cloroformo, etc., y como siempre ocurre, cada una de ellas tiene sus partidarias decididos y sus adversarios poderosos.

Con las inhalaciones de cloroformo podemos cortar los ataques eclámpticos si se observa cuidadosamente a la enferma, administrándole la droga al primer indicio del comienzo de una convulsión. Bunn es de opinión que dicho método es muy penoso, y

muy poco más eficaz que el de las inyecciones de morfina recomendadas por Veit e indicado en todos aquellos casos donde no exista un coma profundo o un agotamiento del corazón.

Winckel ha recomendado las enemas de cloral y Stroganoff combina esta droga con la morfina.

Nosotros hemos usado con buen resultado todas estas drogas separadamente y preferimos una combinación del cloral con la morfina y los bromuros, administrando dicha combinación, bien sea ya por la vía gástrica o por la vía rectal.

Vassale y otros han celebrado mucho sus resultados obtenidos con el uso de la paratiroidina, exaltando su acción paralizante sobre las convulsiones.

La decapsulación renal aconsejada por Edebohls, es reconocida como procedimiento muy radical para aplicarlo a una enferma en tan crítica situación.

Llenada esta primera indicación terapéutica, hemos de dirigir ahora nuestros esfuerzos a aliviar el riñón de su pesada carga, favoreciendo por todos los medios de que dispongamos la eliminación de los productos tóxicos retenidos en el organismo materno, estimularemos todos los emunctorios por medio de las enemas purgantes, los drásticos, las medidas hidroterápicas que aumentan la sudoración, sin olvidarnos en aquellos casos pletóricos con marcada cianosis y amenazados por la edema pulmonar, del antiguo procedimiento de la sangría: al empleo del cual debemos verdaderas resucitaciones en nuestra práctica, y mejor aún si las seguimos en algunos casos por las inyecciones intravenosas de suero fisiológico o suero glucosado. Ultimamente nuestro estudioso colaborador el doctor Laugier, nos informa haber obtenido resultados también muy halagueños con las inyecciones intravenosas de suero bicarbonatado, procedimiento muy recomendado por Zweifel.

En cuanto al tratamiento obstétrico, las opiniones son diametralmente opuestas, mientras unos con Bunn a la cabeza dicen que la obligación principal del tocólogo en los casos de eclampsia, consiste en terminar el parto lo más rápido posible, otros por el contrario aceptan una actitud expectante, si bien tendente al mismo fin.

Si ha de permitírsenos exponer nuestra opinión sobre el particular, hemos de manifestar que somos decididos mantenedores de la terminación del parto, pero nunca nos hemos visto obligados a emplear procedimientos tan radicales como la histerotomia vaginal, o la dilatación instrumental del cuello, porque todas nues-

tras eclámpticas han dado a luz con rapidez, y sólo en el caso de una primipara con embarazo gemelar, no hemos visto obligados a extraer los dos niños con el forceps.

No hemos de terminar estas notas sin expresar nuestro reconocimiento por la benevolencia con que nos habeis escuchado, y muy especialmente dar las gracias a los compañeros que nos han favorecido con sus valiosas informaciones y al doctor Laugier nuestro entusiasta colaborador, sobre quien recayó la pesada tarea de la recopilación de los datos estadísticos de los Hospitales Municipales.

HE DICHO.

THE IMPORTANCE OF PROPER ADMINISTRATION OF ANAESTHETIC AGENTS FOR REDUCING SURGICAL MORTALITY. *

It seems unnecessary to state that in the majority of cases surgical operations depend, for their success, upon the manner in which anaesthesia has been administered. As every Surgeon of large experience knows to his cost, operations technically correct in every way have frequently suffered the misfortune of failure by the subsequent death of the patient from aspiration pneumonia, uremia from acute nephritis, cardiac collapse, or some other acute condition which has nothing whatever to do with the operation *per se,* but is really directly due to a poorly given anaesthetic. The surgeon, of course, but unjustly so, receives the blame. This naturally gives rise to the suspicion in the mind of the public that surgery is the "dernier ressort" for the cure of conditions which are purely surgical and as a consequence very frequently poor suffering beings go to their graves deprived of the assistance they are entitled to, whereas a simple operation under anaesthesia properly managed would have saved the individual to society and posterity, and removed in the eyes of the laity the odium which poor and careless technique occasions. No statistics are obtainable of the deaths occurring in Porto Rico directly or indirectly from anaesthesia, but the percentage must necessarily be high when it is considered how and by whom the anaesthesia is ordinarily given. Almost invariably this important task is left to a "practicante", and

* Read before The Northern District Medical Society, San Juan, P. R., June 13, 1916.

without any intention of disparagement I understand that this state of affairs exists on account of the lack of experience in this art among the mass of physicians in Porto Rico themselves. You will note that I say "mass", for I am convinced that there are individual physicians in the island who are as expert in this department of medicine as in other parts of the world. There is a very good reason for this lack of experience. It seems that the majority of the medical men in the island in their study of medicine have graduated without seriously considering that the art of administering general anaesthesia is one of the most important branches of surgery. Or if they have realized it most of them have never had the opportunity of anaesthetizing many patients, for the reason that they have neglected to take interneship training in some reputable hospital. This however has not always been their fault, because they have been under heavy expense at their college, and nine times out of ten, such expense has been at the sacrifice of some relative, and they feel that they ought to get back to the island to bring what relief they can. The result is that while these same men do not hesitate to perform operations, curious to relate, they hesitate to assume the responsibility of giving ether or cloroform, leaving this task to a practicante who is by no means fitted by experience or education to administer a drug which is far from being innocuous in its immediate or ultimate results. And, when you arrive at the final analysis on the subject, surgery by itself providing one has the manual dexterity and the boldness necessary to carry it through, and also the "aseptic habit", may be successfully performed by anyone who knows anatomy. The latter may be learned by one reading from a text book. To the contrary, the proper management of giving any anaesthetic requires a long period of experience before the operator may be said to be expert in this branch of medicine. Indeed, I am fully convinced that in order to reach perfection in this specialty, one must have more than experience. He must have a sense, call it a sixth sense if you wish, in which he knows without any doubt whatever exactly how deep in anasthesia his patient at any time is. This so-called "sense", however, comes only with experience and after considerable study of the art, and is a combination of a perfect knowledge of the physiological action of the drug on the body, together with an intuitive appreciation of the vagaries of the pupillary reaction during both light or deep anaesthesia. For example, anyone who understands medical phraseology when he reads it, may know that there are two stages in anaesthesia as taught by the text books when the pupils are widely dilated; one of the stages is when the patient is coming out of anaesthesia, in which case the pupils react to

light, and the other is when the patient is profoundly and dangerously anaesthetized and the pupils do not react to light. This is theoretically so, and will be found to be true in a great many cases, but in actual practice the determination as to the depth of anaesthesia must necessarily be considered not only from pupillary signs, but also from the pulse and respiratory rate. Furthermore the pulse rate must be considered in relation to its tone, as well as the respiratory rate in respect to its depth. The peculiarity of the anaesthesic used, must also be taken into consideration. For example, it is known that cholroform is dangerous for the reason that it is a powerful heart depressant, and in deaths occurring from this drug the heart ceases to beat while the patient still breathes for a short period. To the contrary in ether. a heart stimulant, respiration stops first. These facts however depend altogether upon the idiosyncrasy of the patient and requires considerable skill by the anaesthetist to make such discrimination as is necessary to differentiate between patients who follow this law, and others who through some physical peculiarity, to say the least, do not typically react in this manner. The fact remains nevertheless that the pulse when administering chloroform is an important thing to watch, as well as the respiration when ether is used.

All this of course is but a review of knowledge already in your possession, but it was necessary to refer to it for the purpose of bringing out the fact that the simple pouring of ether or chloroform on a face mask is not all that is necessary for the proper anaesthetizing of a patient. As stated before, to become expert in the use of anaesthetic drugs, experience combined with the proper medical education, is the *sine qua non,* and I may say with some degree of confidence that one must have anaesthetized at least a thousand patients before such experience has been acquired. And I may also reiterate without fear of contradiction that even experience, unassociated with proper temperament is not always sufficient. In many of the busy surgical hospitals in the United States men anaesthetists have been superseded by women, for the very reason that the latter seem to possess that quality of intuition of which the male sex is supposed to be lacking. These women however are of an exceptionally intellectual class. and have been trained to the minute in everything that pertains to the art of anaesthesia. They are invariably enrolled from that body of high class nurses who have received excellent educations before they entered into training, and in every instance they will be found to be women with courage beyond the ordinary, as well as having spent many years in institutions where they have had unusual opportunities to learn anaesthesia from experts in the art.

I mention this not because I approve of women anaesthetists, but merely with the idea of supporting my contention that application of anaesthesia is no simple matter. and that nearly every very busy surgeon in striving for perfection in his work with the idea of cutting down his mortality to as near zero as possible, realizes that in this department alone if properly attended to, great gain may be made.

It may be well, at this point, before proceeding with a description of the many methods of anaesthesia used by various surgeons, to review briefly the physiological action of the different drugs used.

Ether.—The first effects of ether when inhaled are burning in the fauces and a feeling of strangulation due to the irritating character of the vapor. Then follows a sense of exhilaration and lightness in the head, succeded by a feeling of the immediate surroundings being afar off, which soon fades into semiunconsciousness with visions and illusions. This is called the first stage and although the patient in many cases may be more or less aroused, many of the minor operations may be performed. It is this stage of anaesthesia. wherein pain is relieved but muscular spasm is not interfered with, that obstetricians take advantage of to reduce the pains of labor. If instrumental delivery is resorted to, a more profound anaesthesia is necessary of course, after which the fear of post partum hemorrhage from the relaxation of the uterus is taken care of by ergot, pituitrin, etc.

The second stage occurs shortly after upon a continuance of ether application and in this stage there is a complete loss of consciousness. Muscular rigidity may persist for a time, but soon passes off and the patient lies relaxed and quiet, with slow, regular, automatic respiration. This is the stage wherein operations on the perineum, the throat, any kind of amputation or any operation in which muscular relaxation is not required. may be done. Usually, or I might say invariably, in such operations as necessitate muscular relaxation, such as reduction of dislocations, hernias, hemorrhoids and laparodimies, etc., a more profound anaesthesia must be procured. This stage is reached when there occurs stertorous respiration, signifying paresis of the muscles of the palate and is sometimes called the third stage. Such profound anaesthesia using ether as the agent, although a dangerous condition in ignorant hands, may be resorted to with entire propriety by one who is expert in the art. and indeed in some operations this stage must necessarily be acquired if success is to be attained. While the respirations remain stertorous and the face is red, and care is observed in not overstepping the bounds by being too generous with the ether in this stage, anaesthesia may be sustained at this profundity as long as may be needed for

any reasonable time. Pallor and lividity however are important indications of failure of heart action and a peculiar shalowness and slowness of respiration dificult to describe but recognizable by the experienced operator, is the forerunner of respiratory failure. Irregularities of respiration also, ocurring in the profunder stages of anaesthesia by ether are of most serious import, and are the result of direct influence of the drug upon the respiratory centres. The pulse is quickened and increased in force by ether, and unless the patient was, prior to the operation, very weak, or the operation itself has been unduly prolongued, this state is maintained throughout the operation, and the patient, if anaesthesia has been properly managed, should show a full and bounding pulse when removed from the operating table to his bed. These phenomena are based upon the fact that primarily ether is a stimulant to the heart, but later, according to the length of time kept under the drug given, it is a heart depressant. The action of the pupil in ether narcosis is slight dilatation in the first stage, constriction in the second and early in the third stage, and dilatation which does not react to light later in the third stage.

Chloroform.—The physiological action of chloroform, like ether, is divided into three stages. In the first stage, while the symptoms are practically the same as ether, the choking sensations are usually absent, and the stage of excitement is ordinarily shorter and less violent than in etherization. Therefore it may be said that this stage, except in case of drunkards, is comparatively short. Some experimentors have the idea that in the period between the first and second stage of chloroform anaesthesia, the sensibilities are more blunted than in etherization.

In the second stage, abolition of consciousness and sensibility, relaxation of muscular spasm, and quietness of the patient is exactly as that observed in ether narcosis, except that the pulse is more or less weakened.

The third stage, with stertorous breathing; intense muscular relaxation, abolition of reflexes, fall of bodily temperature, and a rapid weak pulse, is distinctly dangerous in chloroform narcosis, and except under very exceptional circumstances should not be resorted to. The pupilary reaction in choloroform is nearly the same as that in ether anaesthetation, with however some slight reaction to light may always be obtained. During late stages of anaesthesia in both ether and chloroform, when the drug should immediately be withdrawn, the pupil is widely and immovably dilated. Concurrent testimony of numerous investigators is strong in the conclusión that chloroform is a direct cardiac depressant, and clinical experience would seem to substantiate this opinion. Cer-

tain it is that from the beginning of chloroform anaesthesia the pulse is far from different from the full bounding pulse observed in ether anaesthesia.

Apparently the action of chloroform upon the respiratory centres is insignificant. During the third degree anaesthesia however the respirations become more shallow, irregular, and at longer intervals. But this is caused no doubt indirectly by the lessened heart action causing anemia of the medulla.

Nitrous Oxide.—Unconsciousness from the application of this agent occurs very rapidly. Surgical anaesthesia, when pure nitrous oxide is used, is obtained in from one to three minutes. In many cases complete anaesthesia by nitrous oxide is not preceded by a stage of excitement, but a certain small percent exhibit hilarious excitement, in which the patient laughs or rings, and at times is quarrelsome, from which it has attained its name by the laity of "laughing gas". Formerly, when the drug was used by itself, and without the aid of oxygen, and even now in the hands of inexperienced operators, the face presents an intense livid appearance. This fact, until recent studies of its physiological action used with oxygen, led the profession to consider that nitrous oxide was not a safe agent for prolongued anaesthesia. It was erroneously considered at first that unconsciousness was brought about by nitrous oxide depriving the blood of its oxygen. A mechanical asphyxia, so to speak. For this reason, it was supposed, the use of oxygen would inhibit its narcotic effect. It is now known however that nitrous oxide has of itself its own narcotic properties, probably acting directly upon the cerebrum. There is no doubt whatever that nitrous oxide does rapidly deplete the blood of its oxygen, and for this reason, unless the latter is restored in some manner, a prolonged anaesthesia is, to say the least, dangerous. But since that difficulty has been removed by modern methods of application, in which oxygen is given "pari passu" with nitrous oxide, the latter anaesthetic agent is considered to be the safest among the others.

I have up to this period named the three common inhalation anaesthetic agents. There are other drugs used for the purpose which in order to make this paper more comprehensive I will name, more however to condemn than to recommend them.

Ethel Chloride.—This agent was at first used only for local anaesthetisation but later it had quite a vogue as a general inhalant anaesthetic. At first it was thought that the profession had found an excellent agent which might supplant both ether and chloroform. The patient succumbed to its effects almost immediately and recovered very soon after

the agent was withdrawn. I remember very distinctly during my interneship that the Chief of the Surgical Staff arrived at the hospital one morning loud in his praise of a new general anaesthetic that he had seen a colleague use over in the next county. He was so enthusiastic over it that at his instigation the hospital authorities immediately installed an ether chloride apparatus in the anaesthesia room. But after two or three serious cases of collapse in attempting major operations with this drug, that particular method of anaesthesia suffered a well deserved death in our hospital. As a matter of fact it is not a safe agent, even for minor operations. Its physiological action causes such a loss of blood pressure during even light anaesthesia that it is very difficiult to bring the patient into an uncounsciousness sufficiently profound to operate unless anaesthesia is carried to a degree in which collapse is imminent. Fortunately its effect is so fugacious and elimination so rapid that collapse from its effect is usually recovered from, or there would have been many more deaths from its application than really occurred.

Ethyl Bromide.—I may confess at this point that I have not had experience with other anaesthetic agents than those already mentioned by me, and the description of the physiological action of the three or four more that I mention is obtained from literature. Ethyl bromide was exploited by Rabuteau in France in 1849 and Turnbull in the United States in 1876, during which periods it was used rather extensively as an anaesthetic. The patient is brought under its influence in a few seconds and recovers in three or four minutes after the drug is withdrawn. The principal drawback to the use of this agent is the muscular excitement it causes, exhibited by rigidity, local spasms, and even general tetanus with opisthotonus. This occurs so frequently that it seriously interferes with the use of the drug as an anaesthetic, especially as this condition during a surgical operation is attended by great increase of hemorrhage. It is said that ethyl bromide causes death from cardiac paralysis, and acts somewhat in the same manner as chloroform in this respect. There is one record of 20,000 administrations in Germany without one death, the claim being made that the fatal results elsewhere were caused from using an impure drug. The fugaciousness of its action and muscular excitement caused by it however, ultimately caused clinicians to abandon it except for a very brief anaesthetic for minor operations, and still later on, following the developments in local anaesthetics, it was dropped altogether.

Pental.—Originally proposed by W. Lombardine as a practical anaesthetic. It acts with great promptness and the patient recovers in several minutes. On account of its having a very decided effect on the

kidneys however, it cannot be used safely as a general anaesthetic. Several days after application there is invariably an abundant anaesthetic. and frequently haematuria. Gurlt gives an account of three deaths in 600 narcosis.

Methylene Bichloride.—This agent was used extensively in England at one time, being brought to the attention of the profession by Richardson. It is said to be similar to chloroform, but more pleasant to the patient. Like chloroform methylene bichloride kills by paralyzing the heart. During the time it was used the mortality was high and therefore its employment as a general anaesthetic became unpopular and it is doubtful whether it will ever be used for this purpose again.

Methods of applying the different agents to abtain anaesthesia.—If I attempted to describe the technique of all operators I fear that it would take up too mucho of your time and your patience would be exhausted. I will therefore mention only the common methods.

Until very recently, or at least up to within the last ten years, even so called expert anaesthetists were possessed with the idea that the proper method of managing a case of ether narcosis was to apply a very concentrated form, by covering the face with many thicknesses of gauze and simply pouring the drug on *ad libitum*. These were the days when heavy leather straps were commonly one of the necessary accessories of an ether stretcher, especially in hospitals whose personnel did not include a few big husky orderlies who assisted in holding the patient down until he was properly "*under*". Also during that period, the custom of testing the pupillary reflex by introducing the end of a finger into the eye was common. Even now this barbarous relic of ancient usages is practised by inexpert operators, and it cannot be too highly condemned. Unless one is sufficiently versed in the art of anaesthesia to tell when his patient is narcotized without using such methods, he should not attempt same. This method was by no means confined to the use of ether. Operators who preferred chloroform managed their cases in the same way, and I myself have seen an old physician who in etherizing a patient who was somewhat bellicose and refusing to succumb soon enough, reach over and opening a large bottle of chloroform, carelessly dash a handful of the latter on the face pad. It certainly had the desired effect of quieting the patient, but so also would a blow from a trip hammer. The pernicious affects resulting from such practices were noted by the younger generation of medical men growing up and the scientific evolution of general inhalation anaesthesia was conceived.

Open drop method with ether.—It may be said that this method

was the beginning of rational ideas as pertaining to the art of anaesthesia. Indeed, the results in decrease of mortality over the older methods, even when used indiscriminately and without reference to the choice of agents for individual cases, was startling. As a matter of fact when this idea of management was brought before the profession showing its superiority in every way, it was accepted as ideal. In the first place it was noted as an agreeable surprise that the necessity of orderlys or straps for holding down the patient were superfluous. In the second place the patient did not suffer from nausea nearly as much as formerly, and subsequent examination of urine did not invariably show an involvement of the kidney as in the older method. And better than all, not only did anaesthesia mortality decrease, but post operative accidents which were so common that they were regarded as inevitable at times, almost disappeared entirely. In fact there seemed to be only one bad feature in the eyes of the busy surgeon, and that was the length of time necessary to bring the patient under the effects of the drug. This was necessarily slow, naturally, but to the surgeon who had been accustomed to grasp his knife almost as soon as he had sterilized his hands, the time seemed interminable. This method of applying ether continued in vogue for several years, practically every patient being managed in the same way without reference to his condition, except of course that there was some discrimination shown in cases where ether or chloroform would be more appropriate on account of disease of kidneys, lungs, heart, etc. While, as said before, the mortality resulting from the drop method was markendlw reduced, still however as time went on, and after a trial of four or five hundred thousand anaesthesias, a mortality of about 1 in 4500 was noted, which although low compared with former statistical reports, was nevertheless considered too high. Curious to relate it was due to these same impatient members of the profession who fretted and fumed over the loss of time during the application of ether in the first stage, that aparently improved methods were subsequiently instituted. Knowing the physiological action of nitrous oxide, and the rapidity with which patients succumbed to its influence, this fact was taken advantage of and the rule became general in many hospitals that all patients should pass their first stage of anaesthesia under nitrous oxide, and then continued with ether. In still other clinics chlroform was used as a first stage agent. These combinations not only served to shorten the first stage, but stimulated the profession in studying individual cases and applying the proper drug and procedure according to the physical state of each and every patient. The profession was gratified in observing a still further reduction in mortality. For example in nitrous oxide-ether

anaesthesia the average figure was one death in about 7000 applications, and in chloroform-ether anaesthesia about one in 10000. Those who were advocates of these new methods were led to believe at the time, and naturally so, that the decrease in mortality was due to the above mentioned use, in the priliminary stages, of nitrous oxide and chloroform, but undoutedly the most important thing to produce such an effect was the fact that at the same time the patients themselves were being studied, and choice being made of method and drug to suit the individual case.

In the management of the drop method some operators used a face mask, an apparatus over which several thicknesses of gauze were streched; others used merely a pad of variable thickness of gauze, depending on the concentration desired; and others the so-called Allis inhaler. This latter utensil was an elliptical cylinder with an outer case into which was inserted a wire frame threaded with strips of cloth, usually a closely woven stockinette, so close together that drops of ether in falling would be absorbed by the cloth and would not reach the face, but still wide enough so as to allow plenty of air to enter. I could never determine whether one method was superior to the other, so far as after effects were concerned.

Other combinations experimented with in the above mentioned manner were the so-called A. C. E. mixture, composed of one part of alcohol, two parts chloroform, and three partes of ether, Schleich's mixture, composed of one part of alcohol, two parts ether, and one part benzine. No advantage could be found in their use, and for some reason or other on several occasions during their application some very serious cases of collapse were reported, and so the further application of these mixtures suffered a natural death.

Notwithstanding that with all the foregoing details of technique, and after the profession had apparently reached perfection in applying anaesthesia, still further innovations were introduced, such as warming the anaesthetic, the so-called "rebreathing" method, and in fact many such refinements in the art which was said to assist in not only decreasing mortality, from the agent directly, but to a large extent removed the dangers of secondary effects.

There are several different ways in which the anaesthetic may be warmed, the three commonest being as follows; 1st, an apparatus by which warm air is carried into a battle of the agent, and the heated fumes carried from thence to a face mask: 2nd, An apparatus by which the agent itself is heated continuosly throughout the operation, air being forced into the containor, forming heated fumes, which is transmitted

to the face mask; and 3rd, A combination of the two aforementioned wherein both the air and the agent are heated. The apparatus is simple enough in all three methods. In fact the same apparatus serve for any of the three. An air tank containing some device for heating the air is essential; a bottle for anaesthetic agent, which rests in another receptacle containing heated water; a face mask which will automatically conform to different shaped faces, and which contains a valve opening in expiration; and the necessary rubber tubing to connect them all.

Those who are the originators of this procedure contend that anaesthetic agents heated to a temperature of the blood renders recovery more rapid, and both the immediate and after effects are reduced to a minimum without detracting from their anaesthetic efficiency. Recent experiments have shown that the air may also be warmed by "rebreathing". And not only warmed but the loss of carbon dioxide as occurs in open anaesthesia does not occur. Those who have advocated this technique are enthusiastic over its effect, claiming that the patient is returned to his bed, after operations which would ordinarily cause collapse, with no loss of temperature and no bad after effects. This technique is effected through means of an apparatus which is composed of a rubber bag, an adjustable face mask, and a device separating them which allows of the application of the agent by the drop method. This is sometimes referred to as the "closed drop method".

A recent evolution of the application of inhalation anaesthesia, in which the amount of ether vapor given to the patient is accurately known, is credited to Dr. Carl Connell of the College of Physicians and surgeons, Columbia University, N. Y. He claims that by his method the exact degree of relaxation desired by the Surgeon may be obtained, simply by introducing into his aparatus the required amount of ether. While this sounds ideal and would doubtless succeed in many cases, it would seem nevertheless that he has forgotten in his calculations the question of personal equasion. Everyone knows that each individual has his own idiosyncrasy regarding all drugs, but especially ether and chloroform. Who would expect, for example, to anaesthetize a drunkard with the same amount of ether it would take to anaesthetize a delicate woman? However, since his method is based on highly scientific principles, and is a step upward in the art of applying anaesthetic agents accurately, I do not desire to decry it in any manner whatever. His apparatus seems somewhat complicated and is composed of the following; a device for the purpose of mixing and measuring the anaesthetic and other vapors and gases, consisting of a gas meter to measure the air, surrounded by an ether reservoir from which is fed the liquid agent in

any desired quantity into an attached vaporiing chamber, warmed by electricity and provided with the thermometer pressure gauge, gas flow gauge, and safety valve. The control of ether and air is through the movement of a pin, whereby percentages of such vapor may be obtained with accuracy from 2% to 27%. Higher percentages than these are obtained by turning an accessory handle.

The apparatus is provided with a gas trip valve, whereby any two gases may be automatically mixed in measured proportion.

Another method of anaesthesia which seems to have been tried out with considerable success, and is advocated by a large following, is the intravenous method. As this manner of giving the anaesthesia involves a preliminary minor operation whereby a tube is introduced into a convenient vein, and in which danger exists from infection or embolism, it should be understood that this method is by no means meant to supplant other well recognized inhalation forms of anaesthesia. In other words, this method merely offers inself as a substitute when it is found inconvenient to use other means, thus adding to the armamentarium of the expert anaesthetist, and increasing his capacity in cutting down mortality another notch.

This manner of applying anasthesia is not altogether original, as it was first thought of and tried out as early as 1872 by Ore, who used chloral hydrate as the agent. About forty years later Burckhardt, after considerable animal experimentation, made trial on the human subject, using chloroform, but later on substituting ether as an agent, which he found quite as efficient and much safer. In fact several different drugs have been used in this way by various experimentators, but owing to faulty technique perhaps, or unfortunate choice of subjects, their use was discontinued. Recently however, this method has been revived, wherein certain modifications of former technique have been instituted which makes the process safer for the patient. The apparatus used in the Metropolitan Hospital, Blackwells Island, is perfectly simple, and consists of a reservoir for the agent surmounted on an iron stand eight feet above the floor level, together with the necessary rubber tubing on the end of which is attached a blunt cannula for introduction into the vein. Between the reservoir and the cannula is a glass bulb with a pipette inside which acts as an indicator as to the rapidity of the flow of the solution, the lower half in action being filled with solution and the upper part with air. Below the indicator is a compression gauge by which the flow may be controlled. This is a description of the simple apparatus without accessories for including other agents in anaesthesia, or for warming the drug. The patient, having been prepaired, is brought

into the operating room, and after being placed on the operating table, a convenient vein is exposed and the cannula introduced therein and tied. The flow of 5% ether solution is begun slowly, and continued so, until the end of the operation. Operators in the Metropolitan Hospital have been in the habit of first introducing narcosis with one and a half percent solution of isopral, or 0.75% solution of hedonal, and then with ether. They claim that it requires less ether and therefore lessens the danger that that drug would otherwise cause. In a series of 350 cases in the Metropolitan Hospital, there was but one death which could be traced to this method.

The intratracheal means of administering ether or nitrous oxide is a method which in isolated cases is of considerable advantage. It is not a method however that is enrtiely free from danger, and should not be attempted by inexpert operators. In fact, except in cases where it is inexpedient to resort to other forms of inhalation anaesthesia, this manner of applying anaesthetic agents will never become popular. In the first place it requires one expert in the art of laryngoscopy to introduce the tracheal catheter. And in the second, one must be continuously on the *qui vive* to prevent the overdistention of the lungs, although this possibility is somewhat removed in the later form of apparatus by the existence of an exhaust valve. This form of anaesthesia is particularly appropriate for operations of some duration around the face or head, where other methods would hamper the actions of the surgeon.

I have only one other method of anaesthesia to mention, merely however to condemn it, and that is the so-called rectal anaesthesia. The anaesthesia is effected through means of an apparatus which introduces the fumes of the agent into the bowel, and depends on the absorbability of the colon to take it into the system. After a very large mortality from collapse when using this method it has been practically discontinued except in a very few well chosen cases.

Different operators have modified the above-mentioned methods of technique in various ways, but speaking broadly those mentioned include practically all modern methods, and out of such a variety the choice of any one may be made to correspond to almost any individual case. Personally if I were confronted with the necessity of selecting any one method for all cases without the privilege of choice, I would without hesitation elect the open drop method and use ether alone, concentrating the fumes according to the exigencies of the case, by increasing the layers of gauze over the face mask. I make this statement in order to indicate my skepticism of the benefits derived from the many modifications of technique, such as "rebreathing", "warming the agent",

and in fact all the other above mentioned means of anaesthetizing. Nor do I believe that combinations, such as nitrous oxide for the first stage followed by ether, or chloroform used the same way, is of very much advantage, except for the economy in time. In fact, I am very much inclined to think that nitrous oxide for the first stage is a mistake. The patient recovers from nitrous oxide so rapidly that, in order to keep him anaesthetized, the ether must be poured on in considerable quantities after the former agent is removed, and in many cases the patient is carried into a dangerous state of narcosis before the anaesthetist is aware of it. Especially is this so if the latter is inexperienced. It is claimed by those who advocate this method that not only is the first stage shortened, but more important still the excitement of the patient in said stage is obviated. This is undoutedly a fact, but it may also be stated that the stage of excitement in ether anaesthesia depends altogether on the concentration of the agent. That is to say, if a small percent of ether is used at the start there will be no more excitement in the first stage than with either nitrous oxide or chloroform. As a matter of fact just recently the trend of opinion by expert operators in the art of anaesthesia is toward the simpler methods. I invite your attention to an article read before the New York Society of Anaesthetists on February 21, 19 16, by Dr. I. C. Herb, of Chicago, and appearing in the Journal of the American Medical Association, April 29, 1916. This operator, with an experience of over 30,000 open ether administrations seems to have chosen this method above others for all cases. In my opinion, however, one should not confine himself absolutely to any method or drug. Occasionally one encounters a case where ether would be actually harmful. A kidney case for example. Chloroform, with the open drop metho wdould be appropriate here.

Chloroform however at best is a treacherous drug. Doubtless it has been the experience of some of the members present to have a patient die on the table after a few whiffs of chloroform. This unfortunate catastrophe occurs among children especially, during some insignificant operation such as circumcisión, or lancing an abcess cavity. It is said that the causes of this phenomenon are the afferent impulses acting reflexly upon the vagus; fear; irritating fumes of a concentrated vapor acting reflexly upon the sensitive mucous membrane of the air passages; and directly by sudden anemia of the medulla caused by cardiac depression. If these are the true causes the prevention of such occurrences would seem to be palpable: Reflex cardiac inhibition may be obviated by the preliminary use of atropin; fear may be prevented by having the patient in the surgical degree of anaesthesia before

making the incision; concentration of vapor may be substituted by gradual administration and giving the patient plenty of air; and sudden anemia of the medulla by keeping the intracardiac pressure up to par with appropriate drugs.

Chloroform also in some cases affects the liver cells. Work done by Bevan and Favill would conclusively prove this. They found, after quite a comprehensive series of experiments that the liver is the organ most often affected by chloroform, and that the injury to the liver is in direct proportion to the amount of the anaesthetic employed and the length of the anaesthesia. As a result of the degeneration of the liver cells a toxemia is produced which causes a train of symptoms consisting of vomiting, restleness, delirium, convulsion, coma, cheyne-stokes respirations, cyanosis, icterus; and that death is the usual termination. They claim that ether seldom causes death in this way, and that chloroform is distinctly contradicated in those cases in which there exist conditions which seem to favor the development of toxemia, i. e., diabetes, sepsis, starvation, hemorrhage, intoxication from dead material, fatty degeneration and lesions of the liver. They also state that chloroform should not be given to children or in cases where long anaesthesia is necessary.

Were it not that nitrous oxide had the unfortunate quality of causing such high blood pressure it would be an ideally perfect agent, especially as it is administered at the present time. Many surgeons are now using it in all formal operations, giving it the preference over ether and chloroform, notwithstanding the duration of the operation, except in cases in which there are diseases of the arterial walls, wherein it appears to be contraindicated. It is said to exert no influence whatever on the kidneys and is therefore a peculiarly appropriate anaesthetic in diseases of the kidney.

I understand that the question of allowing practicantes, nurses, and inexpert physicians the privilege of giving anaesthetic agents here in the island has already been discussed by the Porto Rican Medical Association. If so, much of what I have had to say to you in this paper is doubtless an old story. But even so it is a subject which cannot be too often discussed, as I feel certain that it is the desire of every one who is engaged in surgical work of any character, to do everything in his power to cut down to as small a percent as possible, not only his mortality, but unfortunate after effects of operative technique. And surgeons are beginning to realize more and more that ultimate results depend for their success on whether the man at the head of the table knows his business or not. It seems to me that there is small reason

to entrust the life of an individual to one who is unfitted by experience in giving anaesthesia. In fact there is no more reason for it than to allow practicantes, nurses, or new graduates in medicine to execute formal surgical operations. If the occasion arises however that it is imperative that a patient be anaesthetized, and no experienced anaesthetist can be obtained, the open drop method should be insisted upon by the surgeon.

The advisability of using a hypodermic of morphine and atropine a half hour before beginning anaesthesia depends upon the individual to be anaesthetized, and also upon the operation. It certainly does help in many cases, and as Crile has shown, this, as well as the blocking off of nerves enervating the site of operation by local anaesthetics, has in many cases prevented shock which, from the nature of the operation and the debility of the patient, seemed inevitable.

Conclusions:

No. 1.—No operation, however insignificant, should be attempted unless the patient is anaesthetized by an experienced operator.

2.—As a routine procedure the open drop method should be used in all cases.

3.—The use of chloroform as far as possible should be avoided as a terminal anaesthetic agent, except in cases in which ether would be harmful to the patient.

4.—The patient, in all cases where practicable, should be studied several days before anaeshesia is attempted, with special reference to heart, kidneys and lungs.

BREVES CONSIDERACIONES SOBRE DOS ADQUISICIONES DE LA MODERNA PRACTICA MEDICO-QUIRURGICA.

EL DRENAGE FILIFORME Y LA ANESTESIA TRONCULAR.

DR: JULIO BARREIRO.

En la "Presse Medicale" del 28 de Febrero de 1916, leí un artículo titulado "Un nuevo método de drenage. El drenage filiforme por H. Chaput y por él descrito de la manera siguiente:

"El drenage filiforme (D.F.) consiste en favorecer la salida de los líquidos provinientes de las heridas, de los abscesos, de las fístulas, o de las cavidades normales o patológicas por medio de hilos de naturaleza o de volúmen variados.

Emplea para ello, hilos, crines, sedas, cauchouts y sondas ma-

cisas, de calibre variado y proporcionado a la cavidad a drenar. Tienen las ventaja, por el hecho de ser macizos, de carecer de huecos, en donde, dado el calor, humedad y elementos nutritivos que se encuentran en las heridas, se hallan los microbios en las mejores condiciones para su cultivo, tal cual sucede en los tubos de drenage hasta ahora empleados.

La punción o incisión a través de la cual se pasa el dren, se hace muy poco mayor que el calibre de éste; bastando cuando se emplean crines o sedas, el agujero hecho por la aguja ordinaria o la de Reverdín, en la cual se enhebra el hilo. De esta manera se obtendrán cicatrices invisibles.

Como conductor del hilo, crin, cauchout, etc., emplea Chaput agujas puntiagudas o romas; la de Reverdin, estiletes de ofal y pinzas rectas o curvas, según la cavidad o el trayecto a drenar. Yo, hasta la fecha, no tuve necesidad de emplear sino una gruesa aguja curva ordinaria portando una crin de Florencia doblada. Prefiero drenar con una o varias crines por ser más difíciles de contaminar que las sedas, cauchouts, etc.

Expone seguidamente los buenos resultados por él obtenidos en el tratamiento de abscesos calientes y fríos de las partes blandas: en los abscesos del seno, sin cicatriz consecutiva; en abscesos anales, sin incisión del recto y sin fístula: en las fístulas de ano, sin sección del esfínter; en flegmones de las vainas de la mano; en fracturas de guerra infectadas; en artritis purulentas; en pleuresias purulentas; abscesos pelvianos, colecistitis, etc., etc.

Termina, recomendando su uso como preventivo de supuraciones en las heridas operatorias.

Me pareció bien fundamentado el procedimiento, y de ventajas positivas caso de ser sancionado por la práctica, por cuyo motivo y carecer de inconvenientes el ensayarlo, me decidí a efectuarlo en aquellos enfermos en los que yo lo considerase indicado.

Y he aquí los resultados por mí obtenidos:

Primer caso:

A. C., número 20,162. Ingresó 27 Marzo, 1916.

Absceso sub-aponeurótico, con integridad de la piel (que no estaba caliente, ni roja, y situado inmediatamente por debajo del lóbulo de la oreja izquierda; por lo tanto en la unión de las regiones parotídea, carotídea y auricular.

No necesito decir que estos abscesos son peligrosos por la tendencia a propagarse al oído, a las vainas vasculares del cuello,

o a la parótida, y que deben por lo tanto vaciarse pronta y ampliamente.

Intentando, sin embargo, evitar la consiguiente cicatriz, decidí: como primera medida emplear el drenage filiforme; y sólo si éste no fuese suficiente, recurrir al bisturí.

Al efecto, cogí una aguja enhebrada en crin de las que usamos corrientemente y que los fabricantes nos suministran encerradas en su correspondiente tubo de vidrio, y con ella atravesé el tumor líquido de polo a polo, entrando por el superior y saliendo por punto más declive. Anudé, y corté los cabos sobrantes. Por los dos agujeros hechos por la aguja, comenzó a fluir el pus, bastando muy ligeras presiones para vaciar la bolsa purulenta. Como cura apliqué una compresa mojada en jabón de potasa disuelto a saturación en alcohol.

A los 4 días levanté la cura fluyendo sólo mediante la presión 3 ó 4 gotas de un líquido más hemático que purulento.

Como medida de precaución dejé puesta la crín 6 días más (en suma 10 días) al cabo de los cuales la corté y saqué como una puntada ordinaria. Dos días después, mi enfermo estaba curado y sin cicatriz alguna que le afease, cosa poco importante en el hombre, pero muy interesante si mi paciente perteneciese al sexo femenino.

Segundo caso:

J. S. Se presentó a consulta el 27 de Marzo, 1916.

Absceso del volumen de una avellana en las márgenes del ano. Había sido operado de fístula anal hará unos 3 años.

Hice el drenaje con una crin de Florencia. Cura cada 3 días consistente en aplicar una compresa de gasa esterilizada, después de haber lavado la región con jabón de potasa.

A los seis días se quitó la crin y se tocó con tintura de yodo al décimo. Estuvo curado dos días después. En suma, 8 días.

De ver se echan en este caso las ventajas de este procedimiento sobre los anteriores, pues que el enfermo ni precisó hacer cama, pudiendo desde el primer momento dedicarse a sus ocupaciones cuotidianas; ni tuvo que sufrir los dolores consiguientes a la introducción de mechas de gasa, lo cual irremediablemente acontecería de haber hecho incisión en vez de drenage filiforme, ni por último tuvieron que estar enfermo y médico pendientes de las evacuaciones intestinales, toda vez que cuando éstas tenían lugar bastó que el enfermo se lavase con una poca agua oxigenada y aplicase otra compresa; que a esto quedó reducida toda la cura.

Tercer caso:

P. P. G., número 20,172. Ingresó el 29 de Marzo. Tenía dos grandes abscesos de la garganta del pié, tan voluminosos que casi la rodeaban por completo al nivel de los maleolos. Había además elefantiasis de ambas piernas y el pié afectado edematoso en alto grado.

Practiqué, sucesivamente, a uno y otro lado, el drenage filiforme, valiéndome para ello de una grande y gruesa aguja en la cual enhebré dos crines y que hice entrar por sobre los maleolos para salir por el polo inferior de dichos abscesos.

La introduje profundamente y sin temor de herir los vasos de la región por estar muy alejados de la piel debido a la gran cantidad de pus coleccionado y que pasaba de 100 c.c. en el absceso externo, habiendo poco menos contenido en el interno.

Practicada la expresión, metódicamente y con poca fuerza, apliqué seguidamente como cura una compresa empapada en solución alcohólica de jabón de potasa y renové esta misma cura cada 3 ó 4 días hasta los 15 que quité las crines. A los 20 días estaban cicatrizados por completo los minúsculos orificios producidos por la aguja y mi enfermo curado y paseando sin molestia alguna.

¿Cuánto hubiese tardado en obtener este satisfactorio resultado valiéndome de los procedimientos antiguos? Lo dejo a vuestra consideración. ¿Y las anquilosis?

Cuarto caso:

S. S. Consulta el 8 de Abril.

Drenage filiforme como el segundo caso.

Hizo sus viajes en el troley, y curó a los 12 días.

Quinto caso:

P. F. Vino a consulta acompañado del doctor Cabrera el 14 de Abril, 1916.

Absceso parauretral del periné, del volumen de una nuez y datando de varios días.

Previa desinfección de la piel por la tintura de yodo, seguida de anestesia mediante una pulverización con el cloruro de etilo, por ser el paciente muy pusilámine, pasé una crin con una aguja curva en sentido de la mayor longitud del absceso.

Vaciamiento del mismo por ligeras presiones. Como apósito una compresa empapada en solución alcohólica de jabón de potasa mantenida **in situ** gracias a una t de ano.

Se le recomendó que cuando tuviese necesidad de evacuar

sacase la cura con cuidado y una vez realizada esa necesidad corporal se lavase con agua hervida y aplicase la misma cura. Esta la renové cada tres días hasta su completa cicatrización acaecida a los catorce.

El enfermo quedó sorprendido de lo maravilloso de su curación a costa de tan pocos dolores; y yo, y creo que también el señor Cabrera, muy satisfechos de no tener necesidad de estar pendiente de la hora en que el enfermo se le ocurriera evacuar.

Desde el momento en que se operó hasta su completa curación no dejó nuestro operado, que es comerciante, ni una hora sin atender a sus negocios, lo que para él constituía una apreciada situación.

Sexto caso:

T. G., número 20,191. Fué operado el 14 de Abril. Orquitis blenorrágica con hidrocele supurado. Temperatura 38°6.

Con una crin enhebrada en una aguja curva traspasé el escroto. Por los orificios de entrada y salida fluyeron unas gotas de líquido purulento. No hice presiones por estar muy dolorido el testículo debido a la orquitis. La temperatura bajó aquella tarde a 37°2. Al día siguiente volvió a elevarse a 38°, en vista de lo cual llevé a mi paciente a la cama de operaciones y siguiendo como guía el hilo hice una incisión con el bisturí, como de dos centímetros.

Al practicarla pude ver la causa de mi fracaso; y fué que como la vaginal estaba muy espesada y tenía un grosor mayor de un centímetro, mi aguja atravesando sólo en parte la túnica, no había penetrado en la cavidad vaginal.

Por la incisión fluyó gran cantidad de líquido purulento. La fiebre bajó y se mantuvo décimas más, décimas menos en los 37°.

Días después suprimí el tubo de drenage, que había dejado colocado ,y lo sustituí por dos crines; entrando por el agujero de la incisión, atravesando el testículo, por tener un punto fluctuante y saliendo por lo parte postero-inferior del escroto.

Como cura empleé la consabida compresa embebida de jabón de potasa, renovándola a los cuatro o cinco días.

A los seis días se le quitó la crin por no haber ninguna supuración, saliendo dos días después completamente curado.

Debo advertir que el enfermo no tenía más que el testículo así tratado, pues el otro le había sido extraído años atrás por el doctor Frías.

Séptimo caso:

V. G. O. Consulta el 17 de Abril.

Forúnculo muñeca al nivel de la apófisis estiloides del cúbito con inflamación y edema de las proximidades y absceso profundo.

Drené con una crin profundamente por debajo de los tejidos esfacelados.

Al siguiente día, mediante una ligera presión, salió íntegro el clavo formado por la parte mortificada.

Cura al ácido bórico pulverizado.

Se le quitó la crin a los 6 días, y estuvo curado a los ocho.

Octavo caso:

M. S., número 20,209. Ingresó el 15 de Abril.

Traumatismo, que habiendo obrado directamente sobre el borde postero-interno de la tibia izquierda, al nivel de la unión de su tercio superior con el medio, determinó: edema, inflamación y equimosis de toda la pierna, hasta el extremo que la sangre extravasada formaba grandes manchones equimóticos inframaleolares.

Mediante el reposo en cama y compresas de solución de jabón de potasa logré desaparecieran el edema y la inflamación a los cuatro días; y entonces pude apreciar claramente un punto fluctuante subaponeurótico en el sitio donde se había aplicado el agente vulnerante.

Lo examiné a los rayos X por si había alguna fisura ósea; pero nada anormal pude encontrar con la pantalla fluoroscópica.

En vista de ello decidí pasar una crin atravesando el tumor fluctuante que resultó un hematoma subperióstico.

Cura al tercer día; y al quinto, saqué la crin estando curado por completo mi paciente dos días después.

Octavo caso:

F. R. de la G., número 20,213. Ingresó el 18 de Abril. Sífilis. Erupción de manchas cobrizas y furfuráceas. Infarto glanglionar de la ingle izquierda del tamaño de un puño con fluctuación marcada de dos de los ganglios. Temperatura 37°4.

Tratamiento de la sífilis por inyecciones intravenosas de neosalvarsán. Ahora bien: como éstas no podían determinar la reabsorción del pus formado, ni de los detritus necrosados de los ganglios afectados, intervine sobre éstos por medio del drenage filiforme.

Al efecto, después de rasurar y tocar la piel de la ingle con la tintura de yodo, con una aguja curva larga y gruesa enhebrada con dos crines, atravesé los dos ganglios reblandecidos. Por los agujeros hechos fluyeron unas gotas de pus espeso y blanquecino.

Cura al jabón de potasa que fué levantada a los cinco días, y una vez lavada la región con agua oxigenada, fué sustituída por una compresa de gasa estéril.

A los 16 días saqué la crin por considerarlo curado.

El 11 de Mayo observé otro reblandecimiento de un ganglio situado a más de un través de dedo por bajo de los anteriormente drenados y antes que pasase la cosa a mayores le pasé otra crin.

El resultado no se hizo esperar y a los 18 días quité la crin. Curó mi enfermo a los 23 días.

Noveno caso:

V. R., número 20,214. Paludismo y absceso margen ano. El 26 de Abril fué operado por medio del drenage filiforme.

Se trataba de un enfermo que hace algún tiempo sufrió la estirpación de dos quistes dermoides de las márgenes del ano, entre éste y la punta del cocix. Curó perfectamente y así estuvo durante algún tiempo, pero probablemente el roce asociado a la infección obrando sobre una cicatriz reciente determinó una ulceracioncita con absceso subcutáneo del volúmen de una avellana.

Con una aguja curva gruesa portando una crin perforé de polo a polo el abscesillo. Dejé puesto el dren siete días, al cabo de los cuales lo saqué por considerar curado al enfermo.

En efecto a los dos días estaba completamente cicatrizado.

Este paciente se hallaba al mismo tiempo afecto de paludismo de tipo cuotidiano, que combatí con éxito por medio de inyecciones de clorhidrato de quinina, a las cuales obedeció desde un principio; y por esto y por haber estado ya en otras ocasiones hospitalizado en el Sanatorio, para tratar su paludismo, no incluyo la gráfica de la temperatura, que en modo alguno era determinada por su minúsculo absceso, sino por el Plasmodio.

No tuvo necesidad de hacer cama, ni nos preocupamos de renovarle la cura después de sus eavcuaciones. Bastó para obtener la curación aconsejarle al enfermo se lavase cada vez que defecaba.

Décimo caso:

P. M., número 20,229. Ingresó el 24 de Abril.

Absceso planta pié consecutivo a una herida producida por un clavo que emergía de la superficie de una tabla sobre la que pisó.

Edema de todo el pie, que no podía apoyar sobre el suelo, por los dolores que esto le provocaba. Profundidad del absceso, un centímetro aproximadamente.

Practiqué el drenage filiforme con una crin doblada, haciendo entrar la aguja por el agujero hecho por el clavo y sacándola,

perforando los tejidos sanos, como a tres centímetros de su punto de introducción, después de seguir un trayecto paralelo al eje del pie.

Fluyeron dos o tres gotas de pus.

Al quinto día saqué la crin y permití andar al enfermo, habiendo salido éste completamente curado al séptimo día de efectuar el drenage.

Cansados estamos de saber cuán mortificantes son los abscesos profundos de la planta del pié, debido a que, siendo muy gruesa y dura la piel al nivel de esta región, tiende el pus a extenderse por las vainas tendinosas y los intersticios de los ligamentos, a los que necrosan con facilidad, si no se abren pronto y ampliamente .

Pues bien; bastó el drenage filiforme no sólo para prevenir estas complicación sinó también para curar mi paciente mucho antes que hubiese podido hacerlo la más pequeña incisión.

Undécimo caso:

S. Q., número 20,241. 27 Abril, 1916.

Absceso de las márgenes del ano; de pequeño volúmen. Drenaje filiforme y expresión.

Al sexto día cura y extracción de la crin. A los siete días. Curado.

Duodécimo caso.

D. C., número 20,233. 29 Abril, 1916.

Orquitis e infarto ganglionar enorme y duro de la ingle izquierda.

Drenage en la parte inferior y anterior del escroto con una crin, que se quitó a los cinco días por estar curada la orquitis.

Desde su ingreso, aplicación de compresas de jabón de potasa sobre los ganglios inguinales. El 2 de Mayo drenage filiforme de un ganglio reblandecido. Se le quitó la crin por no supurar, a los cuatro días. A los seis días, estaba curado de este absceso.

El 11 de Mayo, D. F. de otro ganglio que comenzaba a reblandecerse; se le extrajo la crin a los seis días, y continúa fluyendo en la actualidad (5 Junio) alguna gotilla de pus y detritus ganglionares en forma de grumos al practicar la expresión de la masa ganglionar.

Espero sin nuevas intervenciones terminar de dominar este proceso de destrucción respetando de esta manera toda porción ganglionar sana, por pequeña que sea.

Caso décimotercerio:

E. L., número 20,261. 4 Mayo, 1916.

Tenía todo el aspecto de una pústula carbuncrosa de la mejilla izquierda, con escara y gran edema blanco.

Drenage filiforme profundo y con aguja gruesa. Compresa de jabón de potasa. Cura diaria. A los tres días se eliminó por expresión el clavo formado por los tejidos esfacelados y quité la crin. A los tres días se eliminó por expresión el clavo formado porlos tejidos esfacelados y quité la crin. A los cuatro de su ingreso lo dí de alta, curado, excepto un puntito en el lugar correspondiente a la escara, el cual le aconsejé protegiese con una poca pomada de dermatol.

Caso décimocuarto:

J. A. Enfermero de la casa. 7 Mayo, 1916.

Absceso interdigital entre los dedos cuarto y quinto de un pie. Drenage filiforme con una crin doble penetrando por el lado externo del cuarto dedo y saliendo por la planta del pie como a tres centímetros del punto de entrada. Vaciamiento por expresión del gran absceso formado. Cura al jabón de potasa, renovada cada cinco o seis días. Curado por completo al vigésimo día.

Caso décimoquinto:

J. S. Fístula de ano, comunicante con el recto por encima del esfínter anal. Introduciendo una sonda acanalada por el orificio externo hice salir su pico por el agujero de comunicación con la cavidad del recto, merced al dedo, en este órgano introducido, hice apuntar la sonda por el orificio anal, y pasé una crin mediante una aguja curva siguiendo como conductor el canal de la sonda. Una vez anudada la crin, quité la sonda, apliqué una gasa y sobre ella una t de ano.

Mi enfermo vino enseguida para San Juan, donde continúa dedicado a sus labores de comercio, yendo a curarse al Sanatorio cada cuatro o cinco días.

Por lo de ahora no quité la crin porque si bien poco, continúa supurando. Cuando el pus cese de fluir quitaré la crin e inyectaré en el conductillo que deje el hilo una pomada de Lanolina y subnitrato de bismuto.

Caso décimosexto:

M. M., número 20,270. 9 Mayo, 1916.

Absceso perineal. Drenage filiforme con una crin doble, que se quitó a los 3 días, estando curado a los 5.

Forúnculo con absceso de la primera falange del índice izquierdo, que se drenó con la crin el 15 de Mayo. Se le extrajo

la crin a los tres días, por haber eliminado el clavo de tejidos mortificados. Cuatro días más tarde estaba completamente cicatrizado el dedo.

Caso décimoséptimo:

J. C. P., número 20,280.. 14 Mayo, 1916.

Absceso de la planta del pié consecutivo a herida.

Drenage filiforme que se quitó a los tres días; compresa jabón de potasa. Salió curado el 19 o sea dos días después.

Caso décimo octavo:

B. A., número 20,300. 21 Mayo, 1916.

Absceso pequeño pie consecutivo herida.

Drenage fiiliforme que se extrajo a los cuatro días saliendo curado el 26, cinco días después de puesto el drenage.

Este caso y el anterior, nos demuestran la eficacia del D. F. en los abscesos del pié, pues el hecho de salir curados a los cinco días ambos andando sin molestia alguna, es indudablemente un éxito que no hubiese logrado con ningún otro procedimiento operatorio.

Caso décimonoveno:

A. C., número 20,311. 25 Mayo, 1916.

Bubón ingle izquierda, abierto desde ayer con varios ganglios mortificados parcialmente; demostrado por los detritus que salen al hacer la expresión.

Drenage filiforme que se quitó a los siete días. Continúa en tratamiento, fluyendo todavía algunas gotas de pus, por el agujero dejado por la crin.

Caso vigésimo:

P. I., número 20,296. 24 Mayo, 1916. Adenitis supurada ingle izquierda.

Drenage filiforme con aguja gruesa y crin doble. Cura al jabón de potasa. Al octavo día se le qutó la crin por no supurar, y al undécimo estaba curado por completo.

Caso vigésimo primero:

V. L. 27 Mayo, 1916. Forúnculo con absceso profundo de la muñeca situado en el lado externo.

Drenage filiforme. Salieron unas gotitas de pus al practicarlo. Compresa de jabón de potasa. A los cinco días extracción del clavo de tejidos mortificados, que estaba desprendido, y de la crin por considerarla ya innecesaria. Cura al ácido bórico.

Cicatrizado por completo a los ocho días del drenage.

Caso vigérimo segundo:

T. Q., número 20,272. Mayo, 1916. Bubón ingle izquierda. Poco pus y superficial.

Drenage filiforme y compresa de jabón de potasa. A los diez días se le quitó la crin y a los doce estaba curado.

Se intervino tarde con el drenage filiforme en este enfermo porque se trataba de un infarto ganglionar duro y sin puntos fluctuantes. Sóolo al cabo de varios días de compresas jabonosas, limitada la inflamación y desaparecido el edema pudo notarse un ganglio superficial reblandecido, que fué el que se drenó.

Caso vigésimo tercero:

T. G., número 20,330. 2 Junio, 1916. Absceso segundo dedo pié. Drenage filiforme que se quitó hoy (día 5) por no salir ya pus sinó sangre al hacer la expresión.

Supongo estará curado por completo dentro de un par de días.

Como habéis visto, los resultados obtenidos en los 23 casos por mí tratados exclusivamente con el drenage filiforme, no han podido ser satisfactorios en mayor grado. (1) Huelga hacer comentarios sobre ellos, después de lo expuesto al tratar de cada caso en particular.

Sin embargo, insistiré sobre algunas ventajas obtenidas con el D. F. por considerarlas de suma importancia.

Es la primera: Que su práctica es indolora, o puede serlo con sólo pulverizar ligeramente con el cloruro de etilo los puntos por donde ha de entrar y salir la aguja en los tejidos.

Es la segunda: Que se evita con él, en las curas sucesivas, el dolor que producíamos con los rellenos de gasa o los lavados por el tubo de drenage.

Es la tercera: Que para hacerlo, no se precisa estar muy habituado con la cirugía; tanto que me atrevo a asegurar que muchos que vacilarían en hundir un bisturí en las carnes del paciente no tendrán reparo en pasar una puntada y con ella curar enfermos, que de otro modo pasarían a manos de los cirujanos.

Es la cuarta: La no producción de cicatrices, que no sólo por lo que afear pudieren, cosa muy importante en el sexo femenino, tienen importancia. En efecto os pondré el ejemplo siguiente que os hará ver las incalculables consecuencias que una cicatriz puede traer.

Suponeos una señora cuyo esposo esté ausente, y que por una dermitis de pies, tan frecuente en esta Isla, tiene la desgracia de

---

(1) Hoy tengo tres casos más así tratados.

que se le infarten y aún supuren los ganglios inguinales. Cosa que, como sabéis, no es tampoco una rareza. Pues bien; para dar salida al pus, incindís la piel de la ingle y dáis origen a una cicatriz que, vista más tarde por el marido le hará sospechar de la fidelidad de su mujer. Si en vez de la incisión hacéis el drenage filiforme, podéis desafiar en cambio a otro marido a que busque las huellas del delito cometido por su mujer. Y como la misión del médico no es la del Fiscal, ni la del Juez, sinó la de curar a justos y pecadores callándose las **virtudes** y **las lacras,** de ahí que hasta beneficios sociales proporciona el drenage filiforme.

Y ahora que hablo de gánglios, no dejaré pasar desapercibida otra ventaja grande del D. F. en el tratamiento de sus afecciones. Y es la de conservar todo el tejido ganglionar que por no estar necrosado no necesita eliminarse. Es en ellos la operación conservadora por excelencia.

Creo haber demostrado la gran importancia que para médico y enfermo tiene la adopción del drenage filiforme como medida curativa en multitud de circunstancias, y paso a la segunda parte de mi tema.

* * *

No creo deciros nada que os sorprenda al manifestaros que dentro de poco tiempo serán muy contadas las operaciones tributarias de la anestesia general, y muchas de la local.

Y no me extraña esta tendencia, a pesar de sus inconvenientes, hoy casi reducidos a uno sólo: Que el paciente presencia su operación.

En efecto: La anestesia general es siempre peligrosa, toda vez que la insensibilidad es obtenida a costa de un envenenamiento de los centros nerviosos, con los cuales no se juega impunemente. De este envenenamiento participa además todo el organismo; de ahí que, aún transcurrido el período operatorio con relativa tranquilidad, queden después los trastornos determinados por el anestésico, llámese cloroformo, llámese éter, en distintas vísceras.

Para corroborarlo basta examinar sistemáticamente la orina de los cloroformizados el día anterior y el día siguiente a la anestesia. Y si examinais muchas personas a los Rayos X, os impresionará el número de los pretuberculosos, o tuberculosos comenzantes, que no presentan otro síntoma pulmonar apreciable que opacidades más o menos lijeras en los pulmones, o en los ganglios medias-

túnicos. Emplead en estos sujetos el éter y tendréis muchas probabilidades de hacerles un perjuicio.

Aparte de esto. Con la anestesia local se puede prescindir de un ayudante, no el menos especializado por cierto, ventaja que no es de desdeñar en ocasiones, sobre todo en el campo.

Con la raquianestesia, se intentó sustituir la anestesia general por los vapores de cloroform y éter. Ya sabéis los resultados. Es muy buena, pero a veces determina parálisis, cefalalgia, etc., que producen grandes molestias a enfermo y médico.

Es pues natural se trabaje en el sentido de insensibilizar única y exclusivamente los tejidos o la región donde se va a operar.

Para ello disponemos hoy de varios procedimientos: O anestesiar **in situ** las terminaciones nerviosas (anestesia local propiamente dicha) por medio del cloruro de etilo, las pulverizaciones de éter, los toques o inyecciones de cocaína, encaína, estovaína, novocaína, clorhidrato de quinina y urea, etc.; o anestesiar los nervios de la región por vía sanguínea (anestesia arterial de nuestro Goyanes) o finalmente anestesiar en los puntos de elección los troncos nerviosos cuyos filetes inervan la región (anestesia troncular).

Solamente me ocuparé de esta última y aún de ella hablaré poco, porque no quiero robar a Hirschel ni un átomo de lo que tan magistralmente escribe en su obra "Anestesia local" en la que, el que quiera, puede encontrar la técnica adecuada a cada caso determinado.

Me reduciré por lo tanto a dar cuenta del modus faciendi y de los resultados por mí obtenidos aplicando este procedimiento en las operaciones de hernias, hemorroides y afecciones diversas de los tegumentos del cráneo.

Para obtener la anestesia empleé siempre la solución acuosa de novocaína al 1 por 100 hirviéndola unas veces y esterilizándola en el autoclave a 110° otras. Con agua esterilizada completo después el volumen anterior a la esterilización; a fin de que el título de la solución sea siempre el 1 por 100. Le agrego en el momento de usarla una gota de adrenalina al milésimo por cada dos c. c. de la solución de novocaína; con lo cual se obtiene una mayor permanencia en los tejidos de la solución anestésica que no se absorbe así con facilidad, debido a la acción vaso-constritora de la adrenalina, economizando de esta manera anestésico y disminuyendo la intoxicación producida por el mismo, al tardar mucho más en ab-

sorverse y dar tiempo a que vaya eliminándose el que penetró en la circulación.

Como geringa empleo la ordinaria de 5 c.c. o de 10 c.c., con aguja larga y de platino para prevenir se rompa en algunas inyecciones profundas.

La víspera de la operación administro por la noche de 0'50 a un gramo de veronal, y una hora antes de la operación una inyección de un centígramo de morfina para embotar el dolor que se produce a distancia por los atirantamientos del peritoneo en las hernias, y del recto en las hemorroides. Esta es en realidad la única molestia que sienten los pacientes durante el acto operatorio, y que mediante el procedimiento indicado es bien tolerable por cierto.

Técnica de la anestesia en las hernias inguinales.

A dos traveses de dedo por dentro de la espina ilíaca anterosuperior introduzco la aguja larga de platino y dirigiéndola hacia dicha prominencia ósea atravieso la piel; cuando la falta de resistencia me dice, estoy en el tejido subcutáneo, busco la segunda resistencia, la de la aponeurosis del oblicuo mayor; al vencer ésta, atravesando el músculo en un espesor de medio centímetro aproximadamente, tengo la evidencia de encontrarme en el sitio de elección o sea entre los músculos oblicuos mayor y menor.

En este espacio y a ese nivel se encuentran entre la punta de la aguja y la espina iliaca los tres troncos nerviosos cuyas ramas inervan la región, y que son los abdominogenitales mayor y menor y el génito crural.

Inyecto entonces en dirección de la espina a la vez que hago penetrar sin resistencia la aguja hasta las proximidades del hueso. Seguidamente y sin quitar la aguja inyecto una segunda geringa haciéndola progresar en sentido paralelo al borde del ileon. Retiro entonces la aguja sin quitarla por completo e inyecto la tercer jeringa en dirección de la sínfisis pubiana. Formo pues con las dos últimas inyecciones el ángulo superior de un rombo en el cual ha de quedar comprendida al región operatoria.

Retiro entonces la aguja y hago una segunda punción al nivel de la parte media de la rama horizontal del pubis. Hago penetrar la aguja en el conducto inguinal paralela al cordón e inyecto entonces retirando poco a poco la aguja; pero al abandonar el conducto rodeo el cordón con la inyección y después, reintroduciéndola a uno y otro lado en dirección de los extremos de las inyecciones superiores circunscribo con ellas el rombo cuya diagonal

mayor ha de seguir la incisión cutánea de una manera aproximada. El ramo crural queda así también anestesiado.

Comienzo a operar de diez a quince minutos después de practicada la anestesia.

Valiéndome de este medio practiqué las operaciones siguientes:

Primer caso. Diciembre 1915. J. S., de 49 años, número 19,835.

Hernia inguinal derecha, voluminosa, antigua y con grandes adherencias. Duración de la operación, 65 minutos. Bassini combinado con el Championére por flacidez de los músculos abdominales.

Segundo caso. 26 Diciembre, 1915. A. G., 27 años, número 19,871.

Hernia inguinal. Saco voluminoso disociando el cordón y muy adherido por todas partes. Duración, 40 minutos.

Tercer caso. 19 Enero, 1916. E. B., 36 años, número 19,976.

Hernia inguinal derecha pequeña; apenas salía un través de dedo el saco por el agujero inguinal pero con grandes adherencias epiploicas en su interior, más una pequeña intestinal.

50 minutos de duración. Championiére modificado porque los músculos oblicuo y transverso se dislaceraban con facilidad al hacer la sutura profunda.

Cuarto caso. 9 Febrero, 1916. M. M., 27 años, número 20,033.

Hernia inguinal derecha muy voluminosa con adherencias fuertes e hidrocele.

Bassini. Duración, 45 minutos.

Quinto caso. 16 Febrero, 1916. J. B., 35 años, número 20,022.

Hernia inguinal derecha, congénita.

Desde su nacimiento usó braguero, habiendo probado todos los modelos: desde la sencilla pelota de goma, hasta el eléctrico, de mayor relumbrón y menor eficacia.

La hernia era pequeña y delgada tanto que el saco se asemejaba por su volúmen y forma a un apéndice muy grueso.

De adherencias, no hablemos. Basta decir que me ví y me deseé para aislar el saco. Al abrirlo, me encontré con otra contrariedad y fué: que entre los órganos adheridos en su cavidad (epiplón e intestino) y la pared del saco no pude por parte alguna deslizar una sonda acanalada y hacerla llegar al cuello del saco. Tuve que ir con grandes precauciones haciendo zig-zag con las tijeras hasta lograr mi objeto: incidir el saco longitudinalmente. Una vez hecho esto, suturé mi incisión peritoneal en forma de bolsa

de tabaco y la fijé mediante los cabos del catgut empleado en la sutura por encima del conducto inguinal.

Después Bassini y Championiére combinados.

Invertí en esta laboriosa operación cerca de una hora, casi toda ella bregando con el saco y por consiguiente tironeando a cada paso del peritóneo. Pues bien, el enfermo ni se movió ni se quejó. Al terminar me dió las gracias **por no haber hecho uso del cloroformo.**

Sexto caso. S. S., 49 años, número 20,134. 22 Marzo, 1916.

Hernia inguinal izquierda. Este enfermo es el mismo por nosotros operado en primero de Diciembre, 1915, de hernia inguinal

Su primera operación había sido sumamente azorante; pues en medio de una cloroformización admirablemente llevada a cabo por un compañero cuyo nombre callo por no herir su modestia, tuvo nuestro paciente un síncipe cardíaco que pudimos vencer afortunadamente mediante una inyección de éter, dos de cafeína y una de esparteína, amén de la consiguiente respiración artificial y de las tracciones rítmicas de la lengua.

Cuando el síncope tuvo lugar sólo tenía incindida la piel. El enfermo volvía rápidamente en sí, pero continuaba en un estado de cianosis y palidez tal, que proseguir la cloroformización sería una imprudencia grave. Así que tenía forzosamente que decidirme, o a cerrar la brecha de la piel, dejando la operación para otro día, cosa que, a la verdad, hería un poquito mi decoro profesional, o a ensayar la anestesia local prosiguiendo con ella la operación que apenas había comenzado.

Por esto último me decidí; y al afecto, inyecté la solución de novocaína-adrenalina en el interior del conducto inguinal, rodeando el cordón. Después en el ángulo superior de la herida inyecté a través del oblicuo mayor, que tenía a la vista, y en dirección de la espina iliaca unos 6 c.c. de la dicha solución. Fuí ligando los ramitos arteriales que tenía pinzados; corté la pared anterior del conducto; dije a mi enfermo, ya consciente, para animarlo, que si le dolía avisase, pues mediante más inyecciones operaría sin dolor, y disequé el saco; lo abrí; lo ligué, etc., y mi enfermo sin quejarse, vió terminada su operación.

Me constaba que mi operado era un valiente; y a ello creímos debido nuestro éxito anestésico durante éste, que constituía mi primer ensayo de anestesia troncular en las hernias. Pero, héteme aquí, que el día que quité las puntadas en 8 con que uno el ligamento de Poupart al tendón conjunto del oblicuo y el transverso,

mi hombre supo demostrarme por medio de un vahído que su sistema simpático no corre parejas con su sistema cerebral y que la intrepidez mostrada durante la operación fuera debida a la acción de la novocaína.

Como había quedado contento de su primera operación, vino a repetir la suerte operándose de la otra hernia que le quedaba.

Pero yo esta vez, ya aleccionado por mis éxitos en los casos anteriores, hice simplemente la anestesia troncular y operé.

El enfermo estuvo tan templado como si nada se le hiciese; y después, comparando el estado de náuseas, vómitos y malestar por él sufrido cuando la operación con cloroformo, con el bienestar y sin molestias de la practicada con la novocaína sóla, decía: Que es una barbaridad dar cloroformo para estas cosas.

Séptimo caso. 10 Mayo, 1916. J. F., de 24 años, número 20,177

Hernia ingiunal derecha. Fué operado por uno de mis ayudantes mediante la anestesia troncular.

Bassini. La operación duró 35 minutos y al enfermo no aquejó dolor alguno.

Octavo caso. 24 Mayo, 1916. N. M., 17 años, número 20,276.

Hernia inguinal derecha, pequeña, pues el fondo del saco apenas desbordaba el conducto inguinal. Operada por mis ayudantes en 25 minutos. Bassini con Barker.

Operación completamente indolora mediante la anestesia troncular, el veronal la víspera por la noche y la inyección de un centígramo de morfina una hora antes de comenzar el acto operatorio.

Noveno caso. 31 Mayo, 1916. A. R., 30 años, número 20,306.

Hernia inguinal derecha, epiploica. Operada por el mismo procedimiento e ingual éxito por otro de mis ayudantes.

Bassini con Barker. Duración, 35 minutos. El tolerable dolor que sufrió el enfermo fué post operatorio al nivel de los lomos.

Por el relato de los nueve casos que anteceden quedaréis convencidos, como yo lo estoy en la actualidad, que se pueden operar fácilmente y sin dolor las hernias inguinales mediante la anestesia troncular asociada del embotamiento de la sensibilidad peritoneal por el veronal y la morfina.

Con ello obtenemos ventajas tan inmensas, que transforman una operación de cuidado en otra de fácil ejecución y de poco peligro. En efecto, éste radicaba en la anestesia general y en los vómitos a ella consecutivos, los que podían deshacer la ligadura del saco, o rasgar alguno de los puntos profundos con que restauramos la pared abdominal, fortificándola a fin de evitar la repro-

ducción de la hernia. Pues bien; con la anestesia troncular, inocua de por sí, ni existe el peligro inherente a toda cloroformización o eterización, ni después del acto operatorio aparecen náuseas, ni vómitos que comprometan la seguridad de las suturas, ni el enfermo tiene que sufrir el martirio de la sed por temor a provocar el vómito, ni po último tenemos que ocuparnos de las dilataciones de estómago e intestinos determinados por los vapores de éter o cloroformo tragados por el enfermo durante la anestesia. Este, una vez operado, queda de tan buen ver como antes de la operación; puede hablar, beber a pequeños sorbos y duerme generalmente un sueño reparador por la acción de la morfina inyectada antes de la operación.

Si la intervención fué hecha con las debidas condiciones de asepsia, todo se desliza como una seda desde el primer día.

Creo no debo insistir más, en las ventajas de esta clase de anestesia en las hernias, y paso a daros cuenta de cómo la empleé en las hemorroides y con qué resultados.

Primer caso. 25 Abril, 1916. C. F., 37 años, número 20,159.

Hemorroides internas y externas; estas últimas ulceradas y que por las hemorragias profusas y continuadas a que daban lugar tenían a mi enfermo en un estado de anemia grande.

50 centígramos de veronal la víspera por la noche; un centígramo de morfina una hora antes de la operación y anestesia troncular con la técnica siguiente.

A un través de dedo del orificio anal se hace un habon subcutáneamente con la inyección de novocaína adrenalina y sin quitar la aguja se la hace penetrar a la par que se inyecta, en dos direcciones opuestas, en ángulo recto, cuyo vértice es el habón primitivo; se retira la aguja y se la clava en el punto opuesto repitiendo la anterior maniobra y haciendo que los extremos de la inyección a uno y otro lado se encuentren con los trazos de la inyección primera; de este modo queda circunscrito un cuadrado cuyo centro ocupa el ano. Seguidamente se introduce el índice izquierdo el recto y se clava entonces la aguja profundamente hasta atravesar el esfínter y sentir la punta bajo la mucosa; la aguja debe penetrar despacio e inyectando los tejidos al mismo tiempo; llegada a la profundidad se retira un poco y se reintroduce inyectando en dos direcciones opuestas como pretendiendo circundar el recto. El primer punto de inyección se hace en el rafe perineal. El segundo y repitiendo exactamente la maniobra se hace en la línea media, entre el cocix y el ano. El tercero y cuarto en los ánguios

laterales del cuadrado circunscrito por las inyecciones subcutáneas, procediendo como la primera inyección profunda. De esta manera debe quedar inyectado un cono, cuya superficie interna está íntimamente recubierta por la mucosa rectal, desde un través de dedo por encima del esfínter anal hasta otro través por fuera del ano. aguardé entonces diez minutos y procedimos a la estirpación de las hemorroides en cuatro grupos.

La operación fué indolora.

Segundo caso. Abril, 1916. F. S., número 20,151. 44 años.

Hemorroides externas. Gritó a pesar de agregar a la anterior anestesia la pulverización con cloruro de etilo.

Gritó también en las curas y cada vez que le tocaba en las nalgas con una pinza. Por gritar lo hizo también durante la extracción de las puntadas. En fin, un nervioso imposible que bastaba supiese le tocaban el ano para soltar el aire por el orificio opuesto de su tubo digestivo.

Tercer caso. S. L., 53 años, número 20,208. 1 Mayo, 1916.

Hemorroides internas muy altas, y tan profundas que al defecar salían formando un verdadero prolapso rectal.

Extirpación de los cuatro grupos principales. No quise extirparlas todas por considerar estas varices venosas como la válvula de seguridad de las congestiones hepáticas tan frecuentes en esta Isla.

La operación fué completamente indolora a excepción de la extirpación de un nódulo que por estar muy alto debió de quedar fuera del área de anestesia.

Cuarto caso. 2 unio, 1916. J. H., 40 años, número 20,322.

Hemorroides externas e internas. Anestesia por igual procedimiento que los anteriores. Decía que le dolía, pero soportó perfectamente la operación sin moverse ni dar señales de gran sufrimiento.

Era un individuo muy nervioso, tanto, que a las dos horas de operado comenzó a llorar diciendo que no podía orinar. Hay que tener en cuenta que había orinado al ir para la mesa de operaciones. Se sondó en vista de sus aflicciones..... y ni cuatro gramos de orina fluyeron a través de la sonda.

Reasumiendo, los resultados obtenidos en las hemorroides con esta clase de anestesia, vemos: que en dos casos la insensibilidad fué absoluta y en los otros dos incompleta al parecer.

Pero si tenemos en cuenta que este segundo grupo estaba constituído por dos individuos muy nerviosos y que a pesar que de-

cían que les dolía no daban, sin embargo, muestras sensibles de la veracidad de sus aseveraciones, toda vez que, el instinto natural de defensa que se muestra por la huída de la parte vulnerada ante el agente vulnerante, no tuvo lugar en estos pacientes, los cuales se mantuvieron quietos, con los pies en los estribos, sin juntar las piernas ni retirar las nalgas durante todo el acto operatorio, deduzco: que o no les dolió, o el dolor fué muy poco intenso, a pesar de lo sensible que es la región donde operamos.

En consecuencia: que podemos y debemos operar las hemorroides con esta clase de anestesia sin temor a que los dolores hagan sufrir mucho a los operados por este medio.

Por último, antes de mi llegada a esta Isla operé: de extirpación de un tumor epiteloide de la frente, para lo cual practiqué la anestesia troncular del nervio frontal y del supraorbitario mediante la inyección profunda de novocaína costeando paralelamente la ceja; y la de un quiste dermoide de la región occipital mayor, en las proximidades de la protuberancia occipital.

Ambas operaciones fueron indoloras. Y he terminado, señores. No tengo la pretensión de haber inventado nada; pero se me figura útil el daros a conocer los frutos por mí obtenidos aplicando en esta Isla estas nuevas técnicas, productos de otros cerebros europeos, no del mío.

Como la sinceridad brilla en estas noticias que os doy de mi labor de comprobación científica, que aunque pequeña, es fiel reflejo de lo por mí observado; creo obtendréis, basándose en ellas un camino que os resultará fácil y beneficioso para obtener la curación de algunos enfermos con las menores molestias posibles.

Y, de todas maneras, os significará mis deseos de contribuir con todas mis fuerzas al mayor explendor de la Asociación Médica de Puerto Rico.

DR. RAFAEL A. GATELL

Este distinguido compañero, miembro de la Asociación Médica de Puerto Rico, dejó de existir en Yauco el día 25 de Abril. Nuestra Asociación se apresuró a expresar a la familia del finado el más sentido pésame por esta pérdida social y profesional, y el **Boletín** le tributa hoy un recuerdo, publicando en sus columnas el brillante discurso que va a continuación, leído por el doctor don Manuel Quevedo Báez en la sesión fúnebre con que la Academia de Medicina honró la memoria del doctor Gatell cuyo sillón académico ha quedado vacante.

''Señores Académicos:

Debo a una benevolencia otorgada por nuestro digno Presidente, el honor de ser quién haga la apología fúnebre del Dr. Rafael A. Gatell, fallecido recientemente.

Motivo es de gran pesar para esta Academia de Medicina, tener que registrar, en las primeras páginas de su historia, suceso tan doloroso, que la priva de uno de sus miembros más distinguidos.

Desgracia es su muerte, como desgracia es para todos nosotros, no haber tenido la satisfacción de verlo, siquiera una sóla vez, sentarse a nuestro lado.

La Academia de Medicina, cumple un deber, rindiendo este homenaje de duelo, y será el de hoy, el primer crespón negro que cae, orlando con el luto, la primera silla vacante de esta casa.

Yo os invito, señores Académicos, a que nos pongamos de pie, como señal de alto respeto a la memoria de este ilustre compañero, en cuyo honor nos reunimos. Y que él sea el más serio tributo, que veintisiete togas reverentes y graves, rinden sobre una tumba, donde otra toga ha ido a hundirse con toda su dignidad y grandeza, caompañando a quien supo mantenerla con iguales honores y prestigios.

El 2 de Octubre del año 1862, nació en la Ciudad de Ponce el que más luego había de ser ilustre médico, haciendo en dicha ciudad su primera instrucción y, más luego, la secundaria, en el Colegi Instituto que los Reverendos Padres Jesuítas tuvieron establecido, durante muchos años en Santurce.

Será externar un sentimiento de justicia, siempre que se hable de aquel Centro de enseñanza superior, reconocer la influencia que, al igual de otros, que después se establecieron en la Isla, determinó en la cultura general del país.

El joven Gatell reveló, desde los primeros años de estudio, sus felices disposiciones, nuncio ya de los éxitos que, más tarde, le reservaba el destino, al cursar estudios superiores en la Universidad.

Siguió él la misma suerte que, en aquella época, correspondía a los jóvenes aspirantes a una carrera científica o literaria.

Las corrientes de cultura se dirigían hácia la Metrópoli europea y eran las Universidades españolas, las que recogían todo el movimiento de nuestra juventud estudiosa.

Fueron la Universidad de Madrid y la de Zaragoza las que dieron acceso en sus claustros al joven Gatell, recibiendo el grado de doctor en Medicina el año 1886.

Entonces, la juventud que daba término a sus estudios en aquellas lejanas Universidades, después de una ausencia larga de seis a ocho años, se daba prisa en volver al regazo de sus familiares o al seno de su tierra nativa, y le aguijoneaba un vivo deseo y un noble impulso de venir junto al país de su nacimiento para prestarle todas las luces de su inteligencia y las energias de su corazón.

En las angustias y en las tristezas de aquellas largas ausencias, se curtieron tantos caracteres, que no sería aventurado afirmar que, en ellas encontró, muchas veces, cuna verdadera el patriotismo de quienes más tarde habían de ser figuras de primer orden en la vida pública de su país.

Hombre modesto por temperamento y por educación, el doctor Gatell, no vió en su profesión de médico, un medio para escalar puestos de fortuna ni para rebasar los niveles de la sociedad en que vivió. Vió en élla un fin, hacia el cual el hombre y el médico debían encaminar todos sus pasos, buscando la verdad para la ciencia y el bien para la humanidad.

Con estos nobles impulsos; así, modesto, amasado en ese temple en que se desenvuelven las almas grandes, no buscó amplio y desahogado ambiente donde extender las alas de su genio, y fijó su residencia, que debía ser definitiva, en la ciudad de Yauco.

Durante treinta años de una vida ejemplar, consagrada al culto sólo de la ciencia y de la caridad, el doctor Rafael A. Gatell, como una esfinge, recto y firme en su saber, indeclinable y rígido en su virtud, vivió sólo para ejercer como un verdadero sacerdote, su noble ministerio de Médico.

Treinta años de vida consagrados a cultivar la ciencia y a traducir en la gama del dolor y del sufrimiento los enigmas de

la naturaleza enferma; a interrogar sus hondos misterios; a copiar en su sensible espíritu, las tristezas que, de continuo, envuelven la vida del médico; treinta años, golpeando, así, duro y fuerte sobre el bloque del dolor, para batirlo en sus indómitas resistencias, y al cabo de ejecutoria tan evangélica y heroica, pasar silenciado entre las multitudes, son suficiente título al honor y a la consideración de un pueblo y de una sociedad.

El doctor Gatell no era sólo el hombre que abre el arca donde guarda sus ricos tesoros de ciencia. a impulsos de un mezquino interés o de un ambicioso orgullo.

Comprendía él, que el tipo del Médico no podía ser solamente el de un sabio, cuya ciencia viviera en disonancia con el bloque interno de humanidad que debe existir en cada individuo.

Médico y hombre es necesario ser: médico, que posea y difunda la mayor cantidad de ciencia; pero hombre, también, que externe la suma más considerable de amor y de caridad.

Sabio, con una ciencia que no rebase los linderos de las Academias y de los Centros docentes; cuyos ojos no hayan ido a caer fuera del marco extricto y rígido de los libros, para ir, todavía, mása allá, camino de la vida, donde el dolor aguijonea las carnes de la humanidad enferma, para hacer allí obra de bien y de virtud; sabio así, que no circule por esos senderos de la vida, no puede ser consagrado con unción sacerdotal de médico.

El doctor Gatell era el tipo ecuánime de la bondad; hombre bien ponderado y mejor dispuesto, con las dotes brillantes de inteligencia y de virtud que poseía, para actuar en cualesquiera de los dos caminos en que médico y hombre debieran orientarse.

Dotado de una gran cultura, que abarcaba amplios conocimientos en todos los ramos del saber humano: lo mismo en las ciencias que en las artes, pudo, con ese bagaje intelectual, ser factor de grán valer en la comunidad donde vivió.

La ciencia iluminaba su frente de pensador y de hombre de estudio; pero llevaba un faro de magnitud mayor, en lo hondo de su pecho, y ricos y pobres, pacientes adinerados y pacientes pobres, recibían resplandores de cerebro y de alma tan privilegiados.

No pensó nunca, que el dolor que arrancaba a sus pacientes, a costa de nobles y generosos empeños, pudiera ponderarse con el montante mezquino de las monedas que al médico se arrojan en sus manos, y prefirió ser grande en la digna pobreza, a ser un rico en la indignidad y en el oprobio.

Así se explica que, treinta años de vida profesional tan vir-

tuosa y sabiamente ejercida, desde un nivel superior, más de apóstol que de hombre, hayan dejado un templo de veneración en cada hogar y un recuerdo imperecedero en la memoria de sus compatriotas.

Talento, honradez, dignidad, virtud, amor humano a cuanto fuera dolor y sufrimiento, viven hoy exornando la memoria de este gran ilustre hombre y esos nobles títulos los compendia inmaculada y grande la severidad silenciosa de una gran pobreza.

Morir pobre, siendo grande, grande por el cerebro y por el corazón; despreciando en cada vagido del dolor el oro que los ricos amasan afanosos para cambiarlo por vil mercancía; es el mejor título que el apostolado de un hombre podía conquistar en la vida, para la admiración y el respeto de sus conciudadanos.

Así, pobre, pobre, sin fortuna, baja al sepulcro el hombre que acrisoló talento y virtud, para dedicarlos piadosos al bien de sus semejantes.

* * *

Y, ahora, guiados por ese hilo de luz que va dejando a su paso, personalidad tan esclarecida, examinemos su aspecto de médico o de hombre de ciencia.

Harmónico su temperamento de hombre, con el de su profesión, pasó como ave de bajo vuelo, ante la multitud, cuando disponía de fuerzas propias para escalar mayores alturas.

Vivió vida honda, vida ulterna, en una inmovilidad de pensador y de sabio, que busca las silenciosas soledades del gabinete de estudio para hacer sus creaciones y desenvolver mejor, la intensa labor de su cerebro.

Por esos mismos senderos van los hombres de genio, silenciosos, casi velados y ocultos al escudriñeo indiscreto de las multitudes, que miden a los hombres por su empaque físico o por sus actuaciones estruendosas en la vida pública.

Un sendero oculto, no profanado por ojos indiscretos, es el mejor camino para ir orando y rezando; para ir desgranando el cosecho fecundo de las ideas; para ir arrancando la verdad del áspero bloque en que dormita; para abrir hondo el surco donde el pensamiento debe reclinarse; para recojer, en un sólo resplandor, la luz reberberante de todos los astros; para atisbar, en cada oculto seno, el grito de la naturaleza cuando nos habla; para invocar, con alientos de profeta, las secretas voces del porvenir.

Por esos senderos suelen ir estos hombres geniales, que no pertenecen a las multitudes, porque no se confunden con sus ruidos

y sus estrépitos; pertenecen a sus gabinetes de estudio, y sólo dejan el silencio creador, cuando caen hundidos en el insondable abismo de la muerte.

¡Ah; pero es que, entonces, los senderos silenciosos se descubren a la vista de los miopes que vagan estruendosos por los caminos de la vida, y se aprestan a recojer, para gozar del fruto, que aquel humilde solitario fué sembrando, en las vías amplias y fértiles del bien.

El doctor Gatell pertenece a la generación médica del sacrificio: la que tuvo que hacer ciencia pura, en la abstracción, por medio de un agudo y sutil afinamiento intelectual, huérfana de todas esas conquistas médicas contemporáneas, que permiten llegar a la realidad clínica por medios más fáciles y sencillos.

¿Quién duda la arribada forzosa de nuestra ciencia médica, en las pasadas épocas, no muy lejanas, por condiciones más de medio ambiente y de lugar que de verdadero atraso científico?

Aquel duro golpear de la observación sobre la realidad clínica fué la piedra de toque, el yunque, sobre el cual se pusieron a prueba el saber y la paciencia del médico.

Desfila, ante nuestra vista, la falange de médicos que, allá en el abrupto interior de nuestra bella Isla, discurrían obscurecidos en los campos, sólos con su conciencia y su corazón, teniendo que desafiar las durezas de una vida profesional, inmolando todo tenaz esfuerzo en la esterilidad de un medio que le negaba auxilio y ayuda para escarecer la verdad que perseguía.

Bien y triste para el que hubiera vivido en una época huérfana de ciertos descubrimientos médicos, que se viera privado de los beneficios que de ellos habían de derivarse. Bien que, médico de campo, viviese privado de aquellos recursos de que disponía más afortunado el médico de ciudad.

Pero, lo que será siempre una acusación a la cultura y a la caridad de nuestro pueblo, será aquella falta de Hospitales donde la mano del bien, generosa, más que la de la ciencia, hubiese abierto puertas para albergar a infelices enfermos que sufrían y morían en el mayor desamparo.

La falta de Hospitales no sólo dejaba perder un gran número de casos clínicos, cuya observación habría enriquecido nuestra clínica tropical, sino que esterilizaba el campo de actuación médica, restando así grandes provechos a la ciencia y a la profesión.

Fué el doctor Gatell uno de los primeros, convencidos y entusiastas voceros del movimiento de opinión médica que siguió al

descubrimiento de la uncinaria en Puerto Rico por el estudioso y culto médico Doctor. Ashford, como causa de la anemia sufrida por nuestros campesinos; suceso que, si para la ciencia regional marca una etapa gloriosa, ha tenido una gran significación social, porque de la legión de campesinos que forman nuestra población rural y que experimentaban la acción tóxica del dicho parásito, se ha ido haciendo una población nueva, transformando su constitución, idiosincracia, hábitos de vida, aptitud para el trabajo y, hasta ¿quién dice que no? su condición moral, tantas veces resultado de factores físicos que la influencian morbosamente.

El problema resuelto por el decubrimiento de la uncinaria, en nuestro país, hay que sacarlo de los límites estrechos (con ser tan amplios) que el aspecto médico le determina, para llevarlo a un campo de extensión mayor, cual es el de la sociología.

Cuando estos problemas sean mejor conocidos y se pueda avanzar más dentro de ellos, que avanzar puedan las propias lentes de los microscopios; se sabrá apreciar mejor, en toda su magnitud y grandeza, el alcance que ellos tienen en el desenvolvimiento de nuestro progreso material y moral.

El doctor Gatell, actuando generosamente, como un sabio, en plano superior donde no viven las insidias ni las ruines pasiones, supo hacer para la ciencia, la rectificación que, en el concepto médico correspondía, frente al problema de la anemia de nuestra población rural.

Cuando la opinión médica aquí, frente al hallazgo del parásito productor de la anemia, dudaba y se expresaba en medio de vacilaciones; y forcejeaba porque no quería se conmoviera en sus cimientos, la tradición médica mantenedora, hasta entonces, de otros criterios más sistemáticos; el doctor R. Gatell, con la clarividencia, con la honradez y el convencimiento que emanan de la mente clara de un hombre de estudio, no impresionado por el resplandor sugestivo de un suceso nuevo, sino integrado en el criterio que la observación había amasado; cuando él hubo pasado el hecho por el filtro de sagaz experimentación, actuando como activo investigador, no tuvo reparo en lazar a la publicidad su fé de convencido, proclamando en la prensa, su adhesión científica, aquilatada con la confirmación de trabajos médicos realizados por él, a ese respecto.

Gatell hubiera salido de la obscuridad de su vida, con sólo la publicación de un trabajo titulado: "INFLUENCIA DE LA SEROTERAPIA EN LA TERAPEUTICA MODERNA Y MEDIOS

PRACTICOS PARA OBTENER CON GARANTIAS CIENTIFICAS LOS SUEROS EN PUERTO RICO."

Esta tésis fué premiada por el Ateneo de San Juan en el Certamen verificado en el mes de Mayo de 1897.

En época de quietud científica, en que la opinión médica del país no era solicitada con grandes estímulos ni el espíritu científico se sentía inclinado a ahondar en ellos; el doctor Gatell, con sus alientos de investigador, auscultaba los secretos del porvenir y presentía, casi adivinaba, la transformación grandiosa que las ciencias médicas habían de experimentar a beneficio de la seroterapia.

En esta Memoria, el doctor Gatell pasa revista y van en ella desfilando todos los descubrimientos realizados desde Jenner en 1798 iniciando y vulgarizando la vacuna contra la viruela; Flourens, en 1847, utilizando el cloroformo para la anestesia; Pasteur, estableciendo los principios generales de la Bacteriología; Lister, orientando los nuevos rumbos de la Cirujía, hasta esta época gloriosa en que la seroterapia, casi triunfadora, se impone al mundo científico.

En todos estos comentarios, el doctor Gatell hace derroche luminoso de erudición y de cultura médicas

Después estudia los orígenes de ese nuevo recurso terapeutico y consagra a Mauricio Raynaud, como el padre de élla, ya que fué el iniciador de las experiencias sobre la sangre de las terneras inoculadas de Cow-pox.

Establece, como a estas experiencias, precedieron los trabajos que afirmaban el poder bactericida de la sangre y del suero, comprobado, si no de modo concluyente, con visos de verdad científica, por Metchonikoff, Gamaleia, Nithal y Roger.

Más allá, aún, señala el descubrimiento de Kitasato y el de Behring en 1890; demostrando, que el suero llegaba a destruir el poder patógeno de la toxina.

Surjen, amparados en esos descubrimientos, el tratamiento de la difteria por Behring en 1891; y una serie más de trabajos científicos, que culminan con la exposición por Roux en el Congreso de Buda Pest el año 1894, en que dá a conocer los resultados de su método.

Fué, entonces, cuando la seroterapia alcanzó puesto de primer orden y se impuso y fué aceptada, sin discusión, en todo el mundo civilizado.

En subsiguiente capítulo de su interesante tesis, estudia el

concepto de inmunidad, en toda su extensión; acude a la Patología comparada y hace ver las preferencias, si así pueden llamarse. de determinadas infecciones en ciertas especies de animales, como puede apreciarse con el carbunco, el muermo, etc.

En la misma Patología humana, señala el papel de la raza frente a algunas infecciones como la fiebre amarilla, paludismo, etc., estableciendo como un hecho conocido, la resistencia de la raza negra a esta enfermedad y a los accidentes agudos del paludismo.

Discurre, luego, con gran acopio de citas y observaciones para probar la inmunidad por edad, por el hábito, por influencia de una infección anterior, etc., el antagonismo entre dos entidades morbosas diferentes; lo mismo que el que se establece entre los mismos microbios y, últimamente, el conocido papel inmunizante de ciertas medicinas.

Siguiendo el orden de su estudio, aborda los procedimientos artificiales para conferir inmunidad; el valor de ésta y el modo de acción del suero; lo mismo que las aplicaciones prácticas de la seroterapia, demostrando, en todo este estudio, su gran competencia y cultura médicas.

Si el doctor Gatell no hubiera tenido ya una reputación y un prestigio médicos, conquistados en una labor contínua, siempre consciente y de treinta años: bastaría para conferirle crédito de hombre de ciencia la memoria a que hemos venido refiiéndonos.

No es posible, que, en unas líneas demos marco al hombre de ciencia, que acaba de morir y que, por desgracia para esta Corporación, no llegó a sentarse en su sitial de académico.

Ahora, últimamente, cuando se revolvía en las torturas de su cruel dolencia, queriendo sacar de la obscuridad de la tumba al doctor Doumont, célebre médico francés que convivió en esta Isla, esbozaba la vida y obra de ese renombrado médico para darlo a la publicidad.

No tuvimos, en verdad, el honor de verlo en vida entre nosotros.

La muerte le arrebató esa ilusión que, seguramente, acariciaba como la más hermosa de su vida: pero la muerte, con apagar tantos alientos y ajar tantas vestiduras: togas que caen y clámides que se desprenden, no ha podido apagar los destellos de inteligencia, que hoy mismo hemos visto limbando en esta ilustre figura.

¡Paso a la muerte, pero paso también, a los que han podido

sobrevivirla, conquistando puesto de honor, que la posteridad ha de admirar y bendecir!

El doctor Gatell, por derecho propio, debe vivir en los salones de esta Academia, como debe vivir en el corazón de cuantos le concieron y le amaron.

HE DICHO.

A LOS SRES. MEDICOS CIRUJANOS DE PUERTO RICO.

Por la presente se participa a los señores Médicos Cirujanos de Puerto Rico, que por muerte del Académico de número doctor don Rafael A. Gatell ha quedado vacante el sillón número 10 de la Academia de Medicina.

A fin de que los aspirantes a este puesto presenten sus candidaturas se transcriben los artículos de los Estatutos y Reglamentos de la Academia, que se refieren a este asunto:

"**Art. 8 de los Estatutos:**

"Para la provisión de vacantes de Académico de número se requerirá de los candidatos las condiciones siguientes:

(a) Ser médico cirujano y estar debidamente legalizado para el ejercicio de la profesión médica en Puerto Rico.

(b) Ser natural del país o tener residencia en Puerto Rico por lo menos desde cinco años antes de la fecha de la presentación de su candidatura;

(c) Ser presentado por dos Académicos de número;

(d) Haber publicado por lo menos un trabajo médico original e importante a juicio de la sección de la Academia a que dicha publicación correspondiere;

(e) Obtener el voto de la mayoría absoluta de los Académicos;

(f) Escribir un discurso o trabajo de tema libre, especialmente destinado a ser leído ante la Academia el día de la toma de posesión del candidato electo, discurso que será contestado por escrito por el Académico que designare la corporación.

Capítulo IX del Reglamento.

De la provisión de vacantes de académicos numerarios.

Art. 18.—Las vacantes de académico de número se proveerán según la reglas siguientes:

(b) Las proposiciones para miembro numerario de la Acade-

mia se recibirán por la Junta Directiva hasta el decimoquinto día después de transcurridos los dos meses indicados en la regla anterior. Si no se hubiese presentado ningún candidato, dicho plazo se prorrogará hasta el momento en que se reciba la primera solicitud por la Directiva.

(c) La solicitud deberá ir acompañada de un ejemplar de las publicaciones médicas del aspirante, y recomendada por dos académicos numerarios.

(d) Estos últimos se harán responsables de la moralidad pública y profesional del candidato, de su ilustración médica, de su probidad científica, etc., etc., y tendrán siempre en cuenta que toda circunstancia o acto contrario a la ética médica inutiliza para ser académico.

(e) El Secretario Perpétuo distribuirá entre las secciones correspondientes los trabajos con que el aspirante haya abonado su solicitud, y transcurrido un término de dos meses, a partir de la fecha de presentación a éste a la Junta Directiva, el referido Secretario dará cuenta con los dictámenes en la sesión que celebre subsiguientemente la Academia.

(f) La elección será por voto secreto.

(g) El Académico electo tomará posesión del cargo dentro de los seis meses subsiguientes a la fecha de su elección, debiendo entregar, cuando menos con dos meses de anticipación, copia de su discurso de entrada al Académico que para contestarle hubiere designado la Corporación.

(h) El candidato electo hará imprimir a sus expensas ambos trabajos en un folleto, que deberá distribuirse entre los Académicos en el mismo acto de su recepción. El número de ejemplares destinados para ese fin será igual al de Académicos.

(i) Queda terminantemente prohibido solicitar votos a favor del candidato, debiendo conservar cada académico la absoluta libertad de su sufragio hasta el momento mismo de la elección.

(j) En el caso de que se presentaren varios candidatos para una sola plaza de académico numerario, se verificará el escrutinio: si no resultare mayoría absoluta en favor de ninguno se repetirá la elección entre los dos que hubieren obtenido mayor número de votos; y si esta vez ninguno obtuviese la mayoría absoluta, se declarará nuevamente la vacante.

El Secretario Perpetuo, Dr. PEDRO GUTIERREZ IGARAVIDEZ.

Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

1916.

Presidente: Francisco del Valle Atiles, M. D.,
San Juan, P. R.
Vice Presidente: Víctor Gutiérrez Ortiz, M. D.,
Ponce, P. R.
Tesorero: Jacinto Avilés, M. D., San Juan, P. R.
Secretario: José Belaval, M. D., San Juan.

CONSEJO

Bailey K. Ashford, M. D., San Juan, P. R.
Mariano Rovellat, M. D., San Juan, P. R.
Pedro Gutiérrez Igaravídez, M. D., San Juan, P. R.

Editor del Boletín: Francisco del Valle Atiles, M. D.,
San Juan, P. R.
Editores Auxiliares: Jacinto Avilés, M. D.,
San Juan, P. R.
José S. Belaval, M. D.

SUMARIO

Página.

En donde está el peligro.—**Dr. Francisco del Valle**... 125

Medidas que se deben tomar para evitar la propagación de la lepra.—**Dr. L. Figueroa**.................... 133

Dos casos de úlcera perforante del duodeno consecutiva a la viruela.—**Dr. Jorge del Toro**................ 150

Ostrucción intestinal. El divertículo de Meckel como causa.—**Dr. J. Avilés** 153

De interés Médico Social.—**Dr. Francisco del Valle**.... 156

Estudio sobre la epidemia de Parálisis Infantil en New York. — **Dr. Simon Flexner.** — (Traducido por el **Dr. J. Lugo Viña)** 161

Supuestos casos de fiebre amarilla en Puerto Rico (conclusión) 172

Fundación Rockefeller 177

Necrología 178

Demostración del Piroplasma Bigeminum en Puerto Rico.—**Dr. P. Gutiérrez Igaravídez**............... 181

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.
ORGANO OFICIAL
PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XII SEPTIEMBRE 1916 NUMERO 112

EN DONDE ESTA EL PELIGRO.

DR. F. DEL VALLE ATILES.

La ocurrencia de casos de Parálisis Infantil que empezó en Brooklyn hacia los primeros días del mes de Junio, se ha convertido en una epidemia extendida, según los informes recibidos al escribir estas notas, no sólo a la ciudad de New York, sino, a lo que parece, a varios estados; cosa que no puede sorprender cuando se sabe que miles de niños fueron sacados de la ciudad infectada en muy pocos días después que tomó incremento la epidemia en Julio. Este éxodo natural, es innegable que debe haber sido un factor en que la poliomielitis se haya extendido.

La presencia del virus infeccioso en las secreciones nasal y bucal y en las descargas intestinales son hechos ya conocidos, que nos permitirían confiar en que las medidas ordinarias de aislamiento y cuarentena de las personas infectadas, fuesen bastantes para detener la extensión de la epidemia; mas, no todos los casos de poliomielitis se presentan de un modo franco, sino que coexisten con éstos gran número de casos abortivos, atípicos o ambulatorios, que no caen siempre bajo la jurisdicción de los medios preventivos; además, aún son más de temer como medio de extensión de la enfermedad, las personas sanas; pues así como ocurre en otras enfermedades, hay sujetos que se convierten en portadores del virus de la poliomielitis. Potencialmente todo el que ha estado en contacto con un caso franco o abortivo de parálisis infantil, puede ser un portador de la enfermedad. Por este medio una persona en perfecta salud viene a ser la causa inconsciente de producción de una epidemia.

He aquí en dónde radica el peligro para nosotros; en que sujetos portadores del virus, sanos ellos, puedan traernos la enfermedad: existe fundamento para sospechar que la epidemia observada en los Estados Unidos en 1907, estuvo relacionada con la inmigración escandinava, que llegó a 42,000 inmigrantes en dicha fecha, es decir, dos años después de la gran epidemia de Suecia y de No-

ruega ocurrida en 1905; la enfermedad debió penetrar en los Estados Unidos por el intermedio de los portadores del virus.

La poliomielitis fué descrita por Michael Underwood, médico inglés, en 1774; pero la primera descripción precisa de la enfermedad fué dada por Heine, de Alemania, en 1840; habiendo luego contribuído poderosamente, a darla a conocer con sus investigaciones, los autores suecos y noruegos Wickman, Harwite y Scheel entre otros, que tuvieron oportunidades mayores para estudiarla. En los Estados Unidos se la conoce epidémicamente desde 1884 en que Bergenholte describió el primer brote epidémico. Desde entonces Landstainer Popper, Flexner Lervis, Lewis Weisner, Rosenau, Noguchi y otros, autores americanos y europeos, han contribuido a que se estableciera el carácter infeccioso de la enfermedad y a determinar los medios de trasmisión por contacto e indirectamente (insectos, polvo, animales domésticos).

. Recientemente han ocurrido epidemias de polionieltis en varios países: Suecia, Noruega, Austria, Alemania, Holanda, Inglaterra, España, Francia, y Cuba, además de los Estados Unidos, siendo más frecuentemente afectados los países del Norte.

La posibilidad de tenerla en Puerto Rico no podemos negarla; pero entendemos que se está haciendo por el Servicio Sanitario Marítimo e Insular todo lo edecuado para evitarlo. ¿Puede hacerse algo que impida el que una persona sana nos traiga el virus? ¿Cómo saber que el que llega es un portador, si él mismo no lo sabe? Ahora bien: aseguran algunos tratadistas que una disolución de perhydrol, equivalente al 1% de peróxido hidrógeno, puede matar el virus; si esto fuera así, sería muy conveniente recomendar a las personas procedentes de ciudades infectadas los lavatorios nasales y enjuagues metódicos con ésta o con alguna otra solución de mentol, salol o ácido bórico ya que, según Rosenau, parece tener el virus poca resistencia, aun para los desinfectantes débiles. Flexner opina, por el contrario, que el virus resiste a la acción de los productos químicos corrientes. Si Cuba ha tenido la infección, un país como el nuestro, análogo por el clima, y vecino, no está libre de tenerla; el peligro no está sin embargo en el contacto directo, sino en la trasmisión indirecta. Las personas enfermas o sospechosas que llegaran, serían debidamente cuarentenadas; los sanos sólo cabe observarlos durante algún tiempo.

¿Quiere esto decir que nos crucemos de brazos? No por cierto. Debemos estar preparados para que en un caso desgraciado, el terreno no sea propicio al virus productor de la poliomielitis; lo cual se puede con-

seguir extremando las medidas de higiene privada y pública, y sobre todas ellas la limpieza. Las epidemias no suelen elegir sus víctimas entre las personas que acatan los preceptos higiénicos.

A continuación damos a conocer el Boletín de 15 de Julio publicado por el Departamento de Sanidad de New York con motivo de la epidemia allí reinante:

INFORME PARA LOS MEDICOS, CONCERNIENTE A LA POLIOMIELITIS (PARALISIS INFANTIL).

Diagnóstico temprano.

Se llama la atención de los médicos hacia la necesidad de un diagnóstico temprano de todo caso de poliomielitis.

Notificación de los casos

Todo caso sospechoso debe ser notificado al Departamento de Sanidad por teléfono, y a este aviso seguirá, dentro de las 24 horas, una notificación escrita. La habilidad del Departamento para luchar contra la extensión de la infección depende de que tenga noticia inmediata de cada caso sospechoso.

Edad de la persona afectada.

Debe recordarse que esta enfermedad puede ocurrir en todas las edades, aunque la gran mayoría de casos se observa en niños de 1 a 5 años de edad.

Tipo de la enfermedad.

Peabody, Draper y Doucher, del Instituto Rockefeller, hacen la siguiente clasificación de la enfermedad:

1.o—Casos abortivos sin parálisis.

2.o—Grupo cerebral con parálisis espástica.

3.o—Grupo bulbo-espinal.

Los casos abortivos son muy frecuentes. Los niños presentan síntomas primarios y acaso también sensibilidad muscular y dolor espinal. Si se les observa con cuidado, puede notárseles parálisis de uno o mas grupos de músculos pero en vez de continuar desarrollándose ésta, desaparece todo en pocas horas. Muchos de estos casos no ofrecen ninguna parálisis.

Es obvio que el reconocimiento de tales casos es de extrema impor-

tancia, para dominar la extención de la enfermedad. El diagnóstico de estos casos se facilita mucho por el exámen del fluído cerebro espinal obtenido por medio de la puntura lumbar.

Métodos de Infección.

Los experimentos de Landsteiner y Popper en Alemania, Kling, Petterson y Wernsteadt en Suecia y Flexner y Noguchi en los Estados Unidos han probado que la epidemia es trasmitida por las secresiones de la nariz y de la boca y por las descargas del intestino de una persona infectada. La infección se trasmite por la boca, las amígdalas y la membrana mucosa nasal.

Casos secundarios.

Los casos subsecuentes en la misma familia son comparativamente raros, pero ocurren con bastante frecuencia para justificar el que se insista sobre las medidas preventivas.

Síntomas.

Los síntomas primarios que deben ser considerados como sospechosos son: fiebre, vómitos, ligera diarrea, indiferencia, desusado mal humor, y somnolencia. Luego se presentan síntomas más característicos. La aparición de signos de debilidad en alguna extremidad, sensibilidad de la piel y muscular, dolor spinal especialmente durante la flexión; real o aparente rigidez de los músculos del cuello, (signo de Kernig y Mac Erven).

Curso y duración de la enfermedad.

La parálisis aparece por lo común antes del sexto día de la enfermedad; puede ocurrir sin embargo desde el primer día. Los otros síntomas, excepto el dolor espinal y muscular y la rigidez y sensibilidad de la piel, raramente persisten.

Casos abortivos.

Los casos abortivos son muy frecuentes. En algunas epidemias constituyen el 25 ó 50 por ciento de los casos diagnosticados. Los niños tienen los síntomas tempranos que se han mencionado; acaso también sensibilidad muscular y dolor espinal. Si se les observa cuidadosamente puede notarse que se les desarrolla parálisis de uno o más grupos de músculos, pero que en vez de continuar la parálisis desaparece en pocas horas. Es evidente la extrema importancia que tiene para toda acción que tienda a dominar la extensión de la enfermedad, el reconocer tales casos. No

debe olvidarse el examen del fluído espinal obtenido por la puntura, para facilitar el diagnóstico.

Cuidado General del Paciente.

El reposo absoluto es de la más grande importancia para los músculos debilitados o paralizados, durante las primeras cinco o seis semanas. Debe hacerse todo esfuerzo por obtener una quietud completa. No se permitirá que el miembro haga tracción en un músculo paralizado, sino que se le sostendrá por medio de almohadas de cojines o de vendajes. Parece que hay una mayor tendencia a la atrofia cuando se usan aparatos. Un pie flácido debe sostenerse con un saco de arena o con una almohada; los pequeños rodillos colocados bajo la rodilla mantienen a menudo la pierna en una posición más cómoda. El peso de las ropas sobre las piernas debe evitarse por medio de ganchos o de otros aparatos. Si la cabeza está algo retraída y el paciente desea descansar sobre la espalda, se le puede algunas veces proporcionar cierta comididad colocando una pequeña almohada bajo los hombros, que permita a la cabeza caer hacia atrás. El valor de la electricidad como tratamiento en las primeras seis semanas es muy dudoso. En algunos casos puede ser perjudicial. Los masajes o movimientos pasivos no deben empezarse a lo menos hasta las cinco o seis semanas, y entonces se harán con gran cuidado. En caso en que se observe una tendencia en la parálisis a desaparecer rápidamente, el niño debe mantenerse en cama por algún tiempo hasta que recobre toda la capacidad para usar sus músculos. No se le alentará a que pruebe a estar de pie, ni a usar sus músculos de otro modo hasta que haya pasado un tiempo considerable.

Período de incubación y duración de la enfermedad.

Las personas no inmunes infectadas, generalmente manifiestan síntomas de la enfermedad después de cinco o diez días de haberse expuesto al contagio. El promedio del período de incubación es de siete días. Los síntomas precoces anotados arriba, duran por lo común de uno a siete días. La cuarentena debe mantenerse por un período por lo menos de ocho semanas.

Manera de prevenir la extensión de la enfermedad.

1.º—Se puede permitir a los niños que habitan una casa infectada que sangan al exterior, pero se les debe mantener aislados y alejados de los sitios en que se reunen grupos numerosos de otros niños. En las casas habitadas por más de una, no se permitirá a los niños pertenecientes a otra familia infectada que salgan más allá del patio durante algunas semanas después de la presentación del caso.

2.º—Durante el curso de una epidemia de poliomielitis los niños no deben congregarse en sitios públicos.

3.º—Se permitirán las excursiones al aire fresco o a los campos de

vacaciones si se mantienen bajo una competente supervisión médica, previo un adecuado examen físico de cada niño antes de alistarla, y a condición de que todo niño procedente de una familia infectada será excluído.

4.º—Es esencial mantener la más absoluta limpieza en todas las casas; y tal limpieza comprenderá:

(a) El uso de antiparas de tela en todas las ventanas.

(b) Alejar las moscas de todas las habitaciones.

(c) Escrupulosa limpieza de todos los pisos, maderamen, camas y vestidos.

(d) Evitar el polvo (todo el barrido debe hacerse después de echar en los pisos serrín, pedazos de papel de periódico, o de hojas, todo enteramente humedecido).

(e) Las basuras deben mantenerse cubiertas en los zafacones, y éstos se lavarán con jabonaduras calientes, después de vaciados.

(f) No se consentirá que se acumulen residuos ni desperdicios de ninguna clase.

5.º—Son esenciales los hábitos de limpieza personal; las manos deben lavarse antes de cada comida, después de cada visita al lugar excusado, y antes de acostarse. Debe advertirse a los niños que no han de llevarse los dedos a la nariz ni a la boca.

6.º—Cuando se estornude o tosa se debe mantener un pañuelo delante de la boca. El besar a los niños es una práctica peligrosa que no ha de permitirse.

Procedimiento que debe seguirse en cada caso.

Aislamiento del paciente.

1.º—Debe mantenerse aislado al paciente hasta que por el Departamento de Sanidad se autorice la comunicación.

2.º—Debe dedicarse un aposento separado para el paciente. A nadie se le permitirá la entrada en dicha habitación, excepto al médico de asistencia, la enfermera y representantes del Departamento de Sanidad.

Cuidados que deben tenerse con el aposento y objetos que rodean al paciente

(a) Todas las alfombras, felpudos, colgaduras y muebles innecesarios deben sacarse antes de colocar al paciente en la habitación.

(b) En todas las ventanas deben ponerse antiparas de tela metálica, o colocar un mosquitero en la cama para proteger al paciente contra las moscas y otros insectos voladores.

(c) El cuarto del enfermo debe estar bien ventilado durante todo el tiempo que dure la enfermedad.

(d) El maderamen debe lavarse diariamente con un paño humedecido. Bajo ningún concepto debe barrese estando el piso seco. Es necesario, como antes se ha dicho, esparcir serrín, pedazos de hojas de papel, completamente humedecidos, y después barrer con cuidado para que no se levante polvo.

(e) Los juguetes y los libros usados por el paciente deben quemarse luego que éste haya recobrado la salud.

(f) Los animales domésticos no deben permitirse en el aposento.

4.º—Todas las telas, ropas de camas, vestidos personales que hayan estado en contacto de algún modo con el enfermo, deben sumergirse inmediatamente en una solución de ácido carbólico al cinco por ciento durante tres horas. Entonces se sacarán del aposento y se hervirán en agua o legía durante quince minutos.

Cuidados con las secreciones y excretas.

5.º—Se debe tener una provisión de gasa o tela limpia de hilo o de algodón para recoger todas las descargas de la nariz y de la boca del paciente, y después quemarlas.

Las descargas intestinales y la orina deben cubrirse en el acto con cloruro de cal, y después serán vertidas en el inodoro.

Cuidados con los utensilios usados por el paciente.

6.º—Los platos, tazas, cuchillos, tenedores, cucharas y otros utensilios usados por el paciente, deben ser de su exclusivo uso, y bajo ninguna circunstancia se sacarán del aposento, ni se mezclarán con los utensilios similares usados por otras personas. Estos objetos deben lavarse en agua jabonosa en el mismo aposento, y luego serán enjuagados en agua hirviendo. Después de usadas la jabonadura y el agua deben verterse en el inodoro.

Enfermera.

7.º—Una enfermera graduada o una persona competente debe estar exclusivamente al cuidado del enfermo. No se permitirá a ésta mezclarse con el resto de la familia, sino que debe estar aislada con el paciente. Las manos de la enfermera o asistente deben ser lavadas cuidadosamente en agua jabonosa caliente, después de cada contacto con el enfermo y antes de comer.

Terminación del caso.

8.º—Después que por el Departamento de Sanidad se ha declarado terminado el caso, se procederá de la manera siguiente:

(a) El enfermo debe bañarse, incluyendo la cabellera, con agua tibia jabonosa. Se le vestirá con ropas limpias que no hayan estado en el cuarto durante su enfermedad y sólo entonces se le sacará de la habitación.

(b) La enfermera debe también tomar un baño, lavarse la cabeza, y vestirse de limpio antes de ponerse en contacto con la familia o con otras personas.

Acción tomada por el Departamento de Sanidad en cada caso.

Fijación de avisos al público.

Cada caso de polimielitis de que se dé cuenta al Departamento de Sanidad deberá ser visitado prontamente por un médico de dicho departamento. Si el caso es de poliomielitis se fijará un cartel en la casa, y ésta será cuarentenada durante ocho semanas; o, en caso de muerte del paciente o de ser trrasladado a un hospital, después de la renovación y limpieza de la vivienda.

Traslado al Hospital.

El Departamento de Sanidad insistirá en trasladar los pacientes, enfermos de poliomielitis a un hopital, a no ser que el aislamiento y cuidados que se puedan dar al paciente en us casa sean equivalentes a los que se proporcionan en los mayores hospitales. Esto significa: un aposento separado para el paciente y enfermera o persona que lo aisista; que no se mlezclen éstas con los otros miembros de la familia. La cuestión de traslado al hospital debe decidirse por el inspector que visite el caso.

Muerte.

En caso de muerte se requiere un enterramiento pronto, el cuerpo debe ser tratado como en otras enfermedades contagiosas, y los funerales serán enteramente privados. Los funerales en las iglesias deben ser prohibidos.

"MEDIDAS QUE SE DEBEN TOMAR PARA EVITAR LA PROPAGACION DE LA LEPRA Y PRECEPTOS HIGIENICOS A QUE SE DEBE SOMETER AL LEPROSO". (1)

DR. LEOPOLDO FIGUEROA.

Lema: (2)

> "Y el leproso en quien hubiere llaga, sus vestidos serán deshechos y su cabeza descubierta y embozado pregonará ¡Inmundo! ¡Inmundo!
>
> Todo el tiempo que la llaga estuviera en él, será inmundo, estará impuro: habitará sólo, fuera del real será su morada."
>
> Levítico: Cap. XIII vers. 45 y 46.

I

HISTORIA.

Si nos fijamos en el Lema de este trabajo inmediatamente vemos que en el tercer libro del Pentateuco en el Levitico, en su Capítulo XIII, vers. 45 y 46, se habla de la lepra y se traza la medida del aislamiento, vers. 46: "habitará solo: fuera del real será su morada"; así como en el vers. 52 se traza la medida de la destrucción por cremación de los objetos pertenecientes al leproso:

> "Será quemado el vestido o estambre o trama, de lana o de lino en que hubiere tal plaga: porque lepra roedora es: al fuego será quemada."

Si ahora pasamos al libro de los Números, en su Cap. XII,

---

(1) Nótese que en este trabajo no se establecen empíricas conclusiones sino éstas surgen después del razonamiento científico en armonía con experiencias y casos prácticos.

(2) Trabajo presentado en los Juegos Florales Antillanos de 1916, Santo Domingo, R. D., Sección de Ciencias Médicas, Tema IX. Leido ante la sesión Académica de la Asociación Médica del Distrito Norte de P. R.

vers. 10, encontramos que María fué castigada con lepra por hablar a Moisés.

> "Vers. 10.—Y la nube se apartó del tabernáculo: Y he aquí que María era leprosa y mirá a Aaaron a María y he aquí que estaba leprosa."

Ya establecido el conocimiento de la lepra y de los medios sanitarios que aplicaban a los objetos, veamos también cómo se conducían en sus medidas de Higiene Pública; para ello, veamos del mismo Libro Levítico, en su Cap. XIV, los versículos siguientes:

> "Vers. 40.—Entonces mandará el sacerdote y arrancarán las piedras en que estuviere la plaga y las echarán fuera de la ciudad, en lugar inmundo:"
>
> "Vers. 41.—Y hará descostrar la casa por dentro alrededor y derramarán el polvo que descostraren fuera de la ciudad en lugar inmundo:"
>
> "Vers. 42.—Y tomarán otras piedras y las pondrán en lugar de las piedras quitadas; y tornarán otro barro y encostrarán la casa:"
>
> "Vers. 43.—Y si la plaga volviere a reverdecer en aquella casa, después que hizo arrancar las piedras y descostrar la casa y después que fué encostrada,"
>
> "Vers. 44.—Entonces el sacerdote entrará y mirará; y si pareciese haberse extendido la plaga en la casa, lepra roedora está en la casa: inmunda es:"
>
> "Vers. 45.—Derribará por tanto la tal casa, sus piedras y sus maderos y toda la mezcla de la casa; y lo sacará fuera de la ciudad a lugar inmundo."

En el análisis de los versículos 41, 42, 43, 44 y 45 del Tercer Libro del Viejo Testamento de Moisés encontramos que existía el conocimiento del contagio morando en una casa que habitó un leproso;

y como los sacerdotes eran médicos, inspeccionaban, exigiendo como medida sanitaria la descostración y empañetado de nuevo, reservándose el derecho de mandar a destruir si seguían los brotes del proceso contagioso en la casa.

Es bien cierto que con la lepra estaban involucrados otros procesos de afecciones de la piel, pero lo cierto del caso es que ya Moisés nos habla de la profilaxis de la lepra aconsejándonos la destrucción de lo perteneciente al leproso, así como también lo que pudiéramos llamar **entonces desinfección** que podía llegar hasta la medida dacroniana sanitaria de la destrucción.

Se ha emitido la opinión de que el orígen de la lepra fué en Egipto, en los alrededores del Nilo, encontrándose bajo el nombre de Kushta descrita en los libros sagrados de los indios, 1500 años antes de Jesucristo.

En Grecia existió en tiempo de Hipócrates, siendo Aristóteles quien primero dió una descripción exacta, cosa que ulteriormente hizo Celso.

Ya en el siglo VII fué tal el incremento, que Pepino el **Breve** y Carlomagno promulgaron edictos contra la lepra, prescribiendo el código lombardo **la secuestración de los leprosos así como la autorización para el divorcio cuando uno de los cónyuges se hallase afecto de lepra.**

La importación de la lepra por las Cruzadas se ha discutido, pero tenemos forzosamente que admitir la gran contribución que éstas prestaron a su propagación, admitiéndose que en Europa, en la Edad Media, existían 10,000 leproserías, cifra que parece alta y que por alguien se admite, explicándose por el hecho de la involucración de la lepra con la sífilis, psoriasis y demás dermatosis semejantes.

En cuanto a América, ninguno de los historiadores de la Conquista habla de su existencia entre los indios, lo cual fatalmente nos lleva a la conclusión de que o bien fué importada por los españoles, toda vez que precisamente fué en el siglo XV que empezó su decrecimiento en Europa o bien fué importada y generalizada por la abominable trata de esclavos, borrón que ennegrece y ensucia muchas páginas de la Historia.

En cuanto a nuestra hermana Antilla Cuba, ya el año 1681 Don Pedro Alegre donó una finca radicada precisamente en el lugar ocupado por el Hospital San Lázaro, en donde fuímos interno, para que en ella fuera cuidado un hijo suyo leproso, así como también todos los que como él contrajesen tan temible afección.

En cuanto a Puerto Rico y Santo Domingo no hay datos concretos que podamos aportar; por tanto estudiaremos ahora la localización geográfica, a los efectos del valor que tienen para las medidas de sanidad marítima.

GEOGRAFIA DE LA LEPRA.

Respecto a esto participamos del atinado dicho de Manson o sea: "que es más fácil describir dónde no ha existido lepra que dónde existe", toda vez que en los cinco continentes la encontramos, pero señalaremos los focos de más importancia que son: en Europa, Turquía en el Sur; Suecia, Noruega e Islandia al Norte, existiendo focos menores en España, Bretaña, etc.

En Asia, es, sin discusión, donde se enseñorea la lepra, siendo sus mayores focos en la proximidad del Mediterráneo, en Siria, Palestina y Arabia.

Según el Censo de 1891 de la población de 210.000,000 de la India Inglesa, 105,000 son leprosos, dato de 5 por 10,000 que, alarmado, presenta Manson; Jeanselme dice que en la Indo-China existen 25.000 leprosos. También existe en Siberia, Japón y Filipinas, Hawaii, donde se estimaba 1|15 de la población afecta en el año 1903.

En Africa la encontramos profusamente en Madagascar, donde se ha hecho necesaria la instalación de leproserías en Egipto, Marruecos, Trípoli y la Colonia del Cabo.

En los Estados Unidos es rara, siendo más frecuente en las Antillas y Sud-América, creyéndose que sólo en Colombia, en su población de cuatro millones, existen 25,000 leprosos, y en Cuba, según el censo del año 1907, en su población de 2.048.980 sólo existían recluídos 171, los cuales se estimaban en la décima parte del número total de leprosos cifra altamente alarmante y que movió a los legisladores a ocuparse en serio del grave problema del contagio, trascendiendo hasta la segunda Conferencia Internacional de Lepra celebrada en Bergen (Noruega) durante los días 16, 17, 18 y 19 de Agosto de 1909, donde, hablando de la profilaxis de la lepra el delegado por Cuba doctor Ramón Negra, exhortó a sus compañeros en el sentido de instar a sus respectivos gobiernos a tomar medidas de aislamiento con el fin de ver si se lograba extirpar tan grave mal de la tierra.

En lo que respecta a Puerto Rico, el aislamiento es riguroso no llegando con una población de 1,200.000 a 40 el número de le-

prosos, dato éste que ulteriormente discutiremos al establecer las reglas de profilaxis.

II

La lepra, con Zambaco Pecha, a quien tanto se debe en los estudios de este proceso, podemos definirla diciendo: "Es una afección microbiana, contagiosa, de marcha lenta y que desfigura a los individuos por ella atacados hasta el punto de hacerles perder sus caracteres antropológicos," o más en armonía con nuestros conocimientos bacteriológicos, nosotros modificaremos a Zambaco diciendo: "La lepra es un proceso morboso, contagioso, de evolución crónica, producida por el agente microbiano de Hansen al polular en el organismo, radicando con predilección especial en las mucosas, nervios y piel a grado tal, de en ocasiones hacerle perder a sus víctimas sus caracteres antropológicos."

Sabemos que no hay definición perfecta, pero sin tener tal pretensión creemos que la nuestra modificadora de la de Zambaco da una mejor idea de lo que es el proceso de Hansen, así como de su crónica evolución.

Establecida la anterior definición, nos encontramos con que hemos dejado apuntada la causa eficiente, el factor determinante de la enfermedad, el cual estudiaremos en detalle en el siguiente párrafo que trata de la etiología o estudio de las causas generadoras del proceso patológico.

ETIOLOGIA.

Al estudiar la etiología de la lepra tenemos que considerar como en toda afección, dos órdenes de causas: las directas o eficientes y las indirectas, subdivididas a su vez en predisponentes y coadyuvantes.

Causa directa o eficiente: Desde el año 1871 en que el sabio Armauer Hansen, para esa fecha jefe de los trabajos anatómicos de la Facultad de Medicina de Bergen, descubrió el bacilo que lleva su nombre como causa determinante de la lepra, y desde los ulteriores trabajos bacteriológicos en lo que respecta a estudio y coloración de dicho germen efectuados por Neisser ocho años después, nadie sin cometer un sacrilegio científico osará negar que la causa determinante de la lepra es ese diminuto bacilo de 6 micras de largo ½ a ¾ de un glóbulo rojo) de extremidades redondeadas, de proto-

plasma no homogéneo, granulado, de aspecto unas veces rectos, otras incurvado, ácido resistente y de reacción colorante análoga al gérmen productor de la Tuberculosis, y que la Bacteriología ha denominado "Bacilo de Hansen".

En cuanto al cultivo del germen han pretendido algunos y entre ellos Sprock, en Holanda, y Karlinsky y Weill, por distintos medios, haber obtenido éxitos; pero se admite si no la imposibilidad del cultivo por lo menos la casi invencible dificultad de efectuar dicho cultivo.

Algo análogo sucede con las inoculaciones a pesar de existir la observación de Nicolle que afirma haber tenido éxito en el Macacus simiens. El célebre caso de Arwing en la isla Hawaii, en Kearm, el condenado a la pena capital, en el cual se hizo la inoculación, no tiene el valor concluyente que se le ha tratado de dar, toda vez que la historia familiar del inoculado arrojó datos reveladores de la existencia de antecedentes leprosos, lo cual deja en pie la teoría indiscutible del contagio anterior, habiendo estado el germen en incubación hasta coincidir el período prodrómico y de invasión del proceso con la inoculación efectuado por Arwing.

No negamos nosotros la posibilidad de la inoculación, pero lo que sí queremos dejar establecido es lo sumamente difícil que ésta se hace dado los caracteres biológicos del germen, corroborando esta manera de interpretar nosotros esta cuestión con experiencias como la muy conocida de Danielssen, no ya inoculándose, sino ingertándose lepromas, y la del doctor Arango, en Cuba, que se inoculó con linfa extraída de un nódulo leproso, con resultado felizmente negativo en ambos casos de estos héroes de la Ciencia.

Citados los dos precedentes casos que han dado base a los anticontagionistas para mantener su insostenible doctrina, debemos someramente discutir estos casos, pues de la simple exposición de ellos, tendríamos que concluir, que la lepra no es contagiosa; pero, si tenemos en cuenta las condiciones que concurren en un proceso infeccioso para que éste triunfe, si pensamos que no basta con la inoculación del germen, que puede ser vencido en la gran batalla que le den los fagocitos de teoría Metchnikoffiana, o en la derrota que le ocasionen las alexinas de Buchner o en el desastre a que lo conduzcan el ejército de defensa orgánica integrados por las antitoxinas, bacteriolisinas, aglutininas y opsoninas, o bien el estado erratico en que se mantiene el germen por no haber podido fijarse el grupo haptóforo en la célula receptora y hacer sentir a ésta su efecto toxóforo según la teoría de inmunidad de Erlich, díga-

senos ahora si a pesar de estas dos observaciones y ante el triste recuerdo de aquellas víctimas del deber y mártires de la Ciencia que se llamaron doctor Robertson, en el Hospital de Seychelles, los Padres Bogliolv y Damián, en New Orleans y Hawaii, respectivamente, así como también el del capellán del Hospital de San Lázaro, José Elías Falla el año 1886 al regreso a España y mil más que por no ser prolijo no enumeramos, si no queda en pie con todo su valor la teoría contagionista.

Establecida de modo irrebatible la teoría del contagio y ya conocido el germen productor del proceso, pasemos a estudiar las causas coadyuvantes y predisponentes, para ponernos en condiciones de una vez, conocidas éstas, trazar las medidas que eviten la propagación del contagio.

HERENCIA.

Zambaco fué un ardiente defensor de la teoría de la herencia, de la cual también participó Danielssen, haciendo observar para argumentar y defender su teoría la frecuencia del aborto en los primeros meses en aquellos matrimonios donde existía lepra, así como también señalando el hecho del estado de debilidad congénita de los fetos y el gran tributo que niños de los leprosos pagana a la mortalidad infantil.

Nada prueban las argumentaciones de Zambaco, toda vez que el estado atrepsia en que él se fija, así como el alto por mil que señala en las estadísticas demográficas puede ser explicado por un estado de miseria fisiológica congénita, debido al estado asténico de los progenitores, estado que concurre en cualquier proceso caquectizante como lo son todos los infecciosos; además, la anatomía patológica nos demuestra la existencia de lesiones genitales en ambos sexos, hecho éste que habla en contra de la opinión del gran Zambaco.

Nosotros podríamos citar gran número de historias clínicas de matrimonios leprosos ambos o uno sólo, con varios descendientes unos leprosos y otros no, así como casos en que todos han sido leprosos por lo cual es nuestra opinión el admitir la herencia trófica, pero no la infecciosa, lo cual robustecemos con el conocimiento de las innúmeras condiciones favorables que tienen que concurrir para que la infección tenga génesis.

El doctor Alberto Recio, en un conceptuoso estudio sobre la etiología de la lepra publicado en el número de Octubre de 1909

del "Boletín de Sanidad de la Habana", establece como regla general en Cuba una mayor predisposición por parte de la descendencia a la lepra cuando la madre es la afecta, y aunque el talentoso ayudante de la Facultad de Medicina y miembro de la Sección de Investigación y Estudio de las Enfermedades Infecciosas explica lógicamente ese hecho por el mayor contacto materno en el hogar, nosotros, sin dejar de reconocer el valor lógico del argumento señalaremos que durante nuestro estadío en el Hospital San Lázaro de dicha República no comprobamos tal hecho como tampoco en Puerto Rico, no admitiendo por tanto una regla general en este sentido.

En lo que respecta a las leyes de herencia de Orchansky también nos vemos forzados a declarar que en la lepra su confirmación deja mucho que desear, pasando a citar por ello el siguiente caso, como una abierta violación de las leyes 4a. y 5a., que dicen: "La herencia patológica es más pronunciada cuando los padres son jóvenes que cuando están en edad madura." "Los primeros hijos de un matrimonio generalmente presentan más pronunciada la herencia patológica."

El caso es como sigue: al ser nosotros nombrado Médico Director de la Colonia de Leprosos, hicimos un examen de todos y cada uno de los recluídos haciéndole a cada cual su correspondiente historia clínica; en esta labor, se nos trajo una niña de ocho años de edad, fruto de amores clandestinos de dos leprosos que, a pesar de estar separados por sexos, habían logrado burlar la vigilancia de los guardianes.

La niña había sido tenida como leprosa, habiendo convivido durante ocho años en comunidad leprosa; no me pareció leprosa aquella niña, la examiné minuciosamente sin encontrar ninguna manifestación clínica que nos hiciera pensar en lepra; llamamos en nuestro auxilio al laboratorio, y pusimos en observación la niña; el laboratorio nos dijo que todo era negativo; repetimos los exámenes clínicos a menudo y los bacteriológicos mensualmente durante seis meses y siempre con resultado negativo.

En estas condiciones nos dirigimos al Director del Departamento de Prisiones, Beneficencia y Sanidad, pidiendo la baja de la niña con la condición de que semestralmente esté obligada a presentarse a ser examinada clínica y bacteriológicamente, de modo a ser recluída si se presentare alguna manifestación leprosa.

Se tramitó oficialmente el expediente, fueron repetidos los exámenes y confirmada la no manifestación de lepra; salió de la Colo-

nia la niña con la condición anterior, haciendo cuatro años que está en libertad sin que aún haya aparecido manifestación de índole leprosa alguna.

Como se vé la niña ha estado durante ocho años en un foco leproso y ha permanecido hasta la fecha inmune, pero no podemos asegurar el que nuestro caso no sea el de una leprosa latente, dado a que el período de incubación que en casos excepcionales, como el presentado al tercer Congreso Médico Pan-Americano de Lepra por el doctor Manuel Alfonso, el año 1877, ex-Director del Hospital San Lázaro, de la Habana, fué una niña nacida con síntomas característicos de lepra, el período de incubación es de años desde siete hasta treinta y dos según el caso citado por Hallopeau.

Por tanto, nuestro excepcional caso, análogo al cual no hemos encontrado ninguno en la literatura de la materia, tampoco podrá servir de argumento a los anticontagionistas, pues aun rebasando el límite máximo del período de incubación, si no es un caso de lepra latente, siempre nos lo explicamos por el triunfo de las defensas orgánicas en un proceso de inmunidad.

Los factores etiológicos predisponentes, tales como la raza, sexo y edad, no tienen valor alguno, pues la rudimentaria experiencia en este proceso demuestra que no tiene predilección por el blanco o el negro, el niño o el viejo, sino por aquel que su organismo al caer en el foco del contagio y ser inoculado no logre atenuar y destruir con sus defensas naturales la virulencia del germen leproso.

Incluíremos dentro del número de las leyendas, la creencia de hacer responsable de la lepra al pescado y lo que sí admitiremos que en la lepra, como en cualquier proceso patológico, la mala alimentación predispone gracias a que nutriendo insuficientemente el organismo, éste se debilita, debilitando a su vez sus defensas y quedando por tanto en condiciones de menor resistencia orgánica.

Por mecanismo análogo de debilitación orgánica, obran como factores predisponentes todos los procesos infecciosos y asténicos o caquectizantes del organismo.

Dentro de las causas coadyuvantes citaremos todo proceso patológico que lesione la piel facilitando así fácil acceso a la penetración del germen (heridas, sarna, dermatosis en general) o que atenúe las defensas orgánicas generales una vez incubado el bacilo de Hansen.

También desempeña un papel importante en este sentido coadyuvante, las malas condiciones higiénicas, factor éste que grande-

mente ayudó a la difusión y propagación de la infección en las grandes epidemias de la Edad Media.

Si ahora tenemos en cuenta el hecho señalado por Ducrey en Italia y por Vildosa en la Habana, así como las observaciones de Recio, también en la República Cubana, probando que el bacilo de Hansen es un germen anaerobio, nos explicaremos cómo la falta de aire puede obrar como causa coadyuvante del proceso, así como también su concurrencia puede hasta actuar como medio terapeutico y profiláctico.

Por esta manera de pensar en este particular hacemos nuestro el aserto de nuestro querido profesor el doctor Varela, Catedrático de la Universidad de la Habana, cuando dice: "La casi nulidad del contagio en nuestro Hospital de San Lázaro débese tal vez a su buena y grande ventilación", hecho que hemos podido apreciar mientras vivimos en él.

Razonando como nuestro ilustre profesor Varela y partiendo por tanto de los trabajos de Ducrey, Vildosa y Recio, nosotros establecemos también el hecho de que una de las razones que explica el escaso número de leprosos existentes en Puerto Rico, así como el decrecimiento gradual y progresivo de ésta, se debe, después del riguroso aislamiento, a las condiciones de higiene y sobre todo ventilación de la leprosería que se halla localizada en un islote llamado Isla de Cabras, que se encuentra a la entrada al puerto de San Juan.

Se discute aún si podremos catalogar dentro del número de los agentes trasmisores de la lepra, al mosquito, moscas, hormigas, chinches, pulgas y aunque hay experiencias en Cuba del sabio Catedrático de Bacteriología, nuestro profesor el doctor Agramonte, mundialmente conocido por sus luminosos trabajos en la Comisión Americana para estudio de la Fiebre Amarilla, y de los doctores Recio y Duque, este último gran luchador por vencer tan grave dolencia humana, probando haber encontrado el bacilo en el estómago del mosquito y en las trompas de la mosca, no está probado que estos agentes trasmitan dicho germen, como tampoco las hormigas, chinches y pulgas, siendo por lo tanto tales factores etiológicos aun hipotéticos.

Las secreciones, especialmente las nasales son susceptibles de trasmitir el proceso, hecho que probó Sticker en un gran número de leprosos con resultado positivo en un 83 por 100.

También los líquidos y detritus de los cadáveres se admiten

como factores de propagación a juzgar por la observación de Arwing que comprobó esto en una exhumación a los tres meses.

Y en cuanto a los objetos, por último, que pertenecen al uso y manipulación de los leprosos se acepta por todos que constituyen fuentes de contagio obrando como vectores del germen.

Una vez estudiadas las causas determinantes de la infección leprosa, el bacilo de Hansen, conocida su localización en el sistema linfático, gran defensor del organismo, lo que explica su larga incubación y el triunfo de la defensa orgánica, conocidas las causas que obran como predisponentes y coadyuvantes, estamos en condiciones de abordar el estudio de la higiene del leproso en combinación con las medidas que deben tomarse para la propagación del mal o séase la profilaxis.

No se podían abordar tales cuestiones sin aparecer como empírico, sin hacer el estudio anteriormente hecho y todo trabajo en que no se haya seguido esta pauta es incompleto y no razonado, pues el jurado calificador no podrá conocer las razones que le asiste al autor para dictar tales o cuales medidas higiénicas o tales o cuales preceptos profilácticos.

Omitiremos por tanto la Anatomía Patológica, sintomatología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la lepra, pues en primer lugar nada se podría aportar de novedad a estos capítulos porque nada en este sentido hemos progresado, pues en lo único que algo se podría discutir sería en el tratamiento, y dura y penosa realidad nos prueba el fracaso de todo lo últimamente preconizado desde la leproline y el mangle rojo de Duque, hasta el Nastin del profesor Dayeke, preparado este último, en el cual nosotros fundamos nuestras esperanzas cuando hacíamos con él ensayos sometiendo en compañía del Director del San Lázaro, de la Habana, doctor Borrell, a tratamiento especial con él a los desgraciados leprosos de ambos sexos que con nosotros aparecen retratados (3) en las fotografías adjuntas.

Pero, además, sería estar fuera del tema extenderse en este orden de consideraciones, entendiendo nosotros que estamos obligados a ajustarnos a las exigencias de éste en lo cual únicamente habrá de fijarse el competente jurado calificador.

(3) Al Certamen se remitieron dos fotografías en las que aparecían retratados los leprosos antes de ser sometidos al tratamiento.

III

El geómetra para sacar corolarios y axiomas necesita demostrar el teorema primeramente, así el higienista para dictar reglas de profilaxis necesita primeramente hacer estudio de la etiología para entonces trazar los medios de combatir y evitar el efecto de dichas causas.

Dijimos al principio de este trabajo, que indudablemente era el tema más importante, pues el Club Unión ha planteado sobre el tapete científico la discusión de un asunto que a no ser por la guerra europea, tuviera envuelto en grandes y profundas discusiones a los mayores sabios del mundo; y si nó, recordemos el luminoso informe de Gaucher a la Academia francesa el año 1912 dando la voz de alarma sobre la lepra y urgiendo a defender a Francia, grito que pasó sin ser oído para dos años después, en 1914, reflejarse en un eco potentísimo en las discusiones planteadas sobre la materia por la Administración de Higiene, la Academia de Medicina y otras asociaciones científicas que se dieron cuenta del magno peligro que para Francia entrañaba la lepra bastante ignorada.

El Club Unión como Gaucher en Francia da hoy el grito de alarma, y para que no pase inadvertido, nosotros desde de Puerto Rico y que hemos estado en esa República, y que dolorosamente hemos visto pulular por sus vías públicas los leprosos, que los hemos visto confundidos con los demás desde a taberna hasta el centro social, como Blendeau repitiendo el grito de alarma de Gaucher, repetimos en un eco que atraviese el oceano que nos separa, la voz de alarma dada para demandar de la sociedad cultísima dominicana y sobre todo del gobierno, el que vean con importancia el grave problema de la lepra dictando medidas de rigurosa higiene y hasta de draconiana profilaxia, si no quieren ver su Primada de América convertida en uno de los focos de lepra del mundo.

Y ratificamos estos anteriores asertos, con el conocimiento que tenemos del siguiente hecho: siendo nosotros médico director de la Colonia de leprosos de Puerto Rico, hubo dos que lograron fugarse yendo a refugiarse a esa antilla hermana en donde no son recluídos.

Por esa nueva razón dejamos establecida la siguiente conclusión: Si Sannto Domingo no toma medidas profilácticas en el sentido de aislamiento y prohibición de la entrada de leprosos, mientras Puerto Rico que los recluye verá irse extinguiendo este grave peligro, en la

Antilla hermana se seguirá una razón inversa, es decir, irá aumentando el número.

La profilaxis individual del leproso, su higiene, podríamos resumirla del siguiente modo: **Primero,** deberá ocupar un sitio bien ventilado; ya expusimos la hipótesis de Ducrey y Vilesola de la anaerobiosidad del bacilo de Hansen, así como tambiín señalamos el poco contagio en el Hospital San Lázaro y casi nulo en la proximidad de la Colonia de Leprosos de Puerto Rico: **Segundo,** uso de baños templados; **Tercero,** curas antisépticas de las lesiones; **Cuarto,** oclusión de dichas lesiones; **Quinto,** comidas de no difícil digestión: **Sexto,** vivienda en armonía con las necesidades de la higiene moderna; **Séptimo,** desinfección de los objetos usados; **Octavo,** esterilización de sus ropas; **Noveno,** en los casos de leprosos tuberculosos evitar las infecciones secundarias; **Décimo,** cuidado con las secreciones nasales; **Undécimo,** cuidado con las deyecciones; **Duodécimo,** usa del termocauterio para la destrucción de las zonas ulceradas y necrósicas.

Podríamos resumir todo lo anterior en lo siguiente: rendir culto a las exigencias de la higiene y pleitesía a la antisepsia y de este modo tendremos la profilaxis personal realizada.

En cuanto a las medidas para evitar la propagación o séase la profilaxis estas quedan resumidas en una que es **aislamietno.**

Ya demostramos la verdad de la doctrina contagionista, y por tanto en armonía con ella estableceremos los siguientes principios: **Primero.**—Admitiremos con nuestro ilustre profesor, el talentoso catedrático de Padiatría doctor Aballí y otros, que los hijos de madre leprosa no deben ser lactados por ella ni por nodriza mercenaria, sino artificialmente; la razón es obvia, en el primer caso propensión a contagio, en el segundo a contagiar si ya son leprosos; **Segundo.** Deben ser aislados inmediatamente al nacimiento toda vez que no se admite la herencia según anteriormente probamos con nuestro caso; **Tercero.** El leproso no debe frecuentar los establecimientos públicos; **Cuarto.** No debe trabajar para la venta exterior; **Quinto.** No debe emplearse en la servidumbre; **Sexto.** No debe ejercer la mendicidad pues encima del aspecto desagradable que causa ésta, suma lo asqueroso de su presencia y el peligro de la propaganda de su enfermedad; **Séptimo.** Prohibición absoluta de expendio de artículos alimenticios; **Octavo.** Precauciones contra los mosquitos, chinches, pulgas y moscas, pues aunque no se ha probado la trasmisión por estos agentes, pueden en ocasiones especialísimas ser vectores por lo menos mecánicos del germen; **Noveno.** Inspección escolar no permitien-

do la asistencia a clase de los afectos de lepra; **Décimo.** Obligación de informar los dueños de hoteles de todo caso sospechoso; **Undécimo.** Desinfección de la correspondencia del leproso; **Duodécimo.** Destrucción por cremación de lo perteneciente al leproso que fallezca.

Hemos establecido los anteriores preceptos para ser llevados a la práctica en caso de tolerarse el estadio del leproso a tipo nervioso o bien del rico en la casa, aunque nuestro criterio en este caso es, que dadas las condiciones especialísimas que concurren como carecterísticas de la biología del germen de Hansen y dado a que para su trasmisión se necesitan múltiples causas favorables, sería ideal para la total extinción de la lepra, la reclusión de todo leproso, cualquiera que sea su posición social o económica.

Sabemos que de esta opinión no participó del todo Jeanselme, pues en su proyecto de profilxis en la Indo-China, en su apartado VII establece: "Si el leproso tiene recursos o parientes que puedan sostenerlo, será aislado en las leproserías terrestres, islas fluviales con preferencia, o en colonias cerradas, distantes de todo lugar habitado y que un médico de las colonias visitará por lo menos dos veces cada mes. 2.—Ei el leproso es indigente se aislará en una leprosería bastante distanciada de la costa para que sea imposible la evasión, desalojada anticipadamente por la población sana."

No necesitamos hacer ningún esfuerzo científico para probar lo infundado de que aquel desgraciado leproso que tenga dinero, por este hecho tenga el privilegio de poder estar relacionado con los que a su vez pueden ser agentes de propagación del proceso, y no se deduce otra cosa del inciso segundo de dicho Art. VII que dice "desalojada anticipadamente la población sana" frase que no aparece en el inciso primero.

Como médico ni como amante del principio democrático que establece la igualdad de derecho ante la ley, no podemos admitir tal principio que estará muy en armonía con los convencionalismos sociales, pero muy en franca pugna con los elementales principios de equidad y justicia emanantes en este caso especial del conocimiento de igual peligro que para la comunidad encierra el leproso pobre o rico y si posible es, este último entrañaría más peligro, porque siendo el dinero una especie de Todopoderoso en la Tierra, tendrá a su servicio, disposición y orden, numerosa servidumbre que la necesidad por la maldita desigualdad social, obligará a servir, aunque se comporten por este medio como terreno que se presta primero al contagio y a su propagación después en la vida de relación con sus espo-

sos y demás familiares, y sobre todo si son padres con el tierno fruto de sus amores a quienes con sus besos y caricias pueden llevar el germen fatal que en tal vez no muy remota fecha pueda segregarlo de la sociedad mientras la fuente de donde se obtuvo el proceso, sigue, gracias a su dinero, convertida en foco de contagio social.

Mi carácter de demócrata me hace pronunciar y protestar contra esta injusticia social.

Igual injusticia se comete en la Ley de Profilaxis y tratamiento de la lepra de la Repúbica Argentina que dice como sigue en su Cap. I, Art. I, incisos I y II.

> 1.—"Las personas pudientes serán aisladas en su domicilio siempre que den su palabra de honor de no salir jamás de su casa; no dormir con otra persona; que ningún miembro de la familia, ni extraño usará nunca cosa alguna del servicio o uso del paciente."
>
> II.—"Las personas indigentes serán secuestradas en las leproserías."

No podemos dejar de combatir valientemente dischos dos incisos que revelan una de dos cosas: suma candidez o hipocresía legislativa.

Y decimos esto, porque ¿cómo exigirle a un ser humano, pasional como cualquier otro otro, bajo las fatales leyes naturales que cumpla su palabra de honor? ¿acaso podemos nosotros ir contra la necesidad orgánica sed o hambre, aunque empeñemos mil veces nuestra palabra de honor de no comer o beber? ¿Acaso la función genésica no esta o más imperativa que las dos mencionadas? ¿Puede acaso el hombre pronunciarse en rebeldía contra las leyes de la naturaleza? ¡O se es muy cándido paar admitir esto o por hipocresía social simulamos creerlo!, ese es el dilema, no es otro.....

¿Cuál es la madre que, leprosa, no besaría a su hijo? ¿cuál es el padre leproso que no acariciaría el fruto de sus amores? ¿cuál es el hermano leproso que por ignorancia del contagio, por incredulidad o por afecto podría resistir a darle un pedazo del dulce que come al hermanito que inocente viene a su regazo e infantilmente pide un pedazo que aquel dulce?

Ningún egislador argentino puesto en estas condiciones cumpliría su palabra de honor... pues por grande que sea el concepto que de ésta tengan, es superior lo que podríamos llamar el imperativo categórico de las leyes naturales.....

Y en cuanto al segundo inciso, es verdaderamente violador de la equidad, es quitarle la venda a la ciega administradora de justicia para que seleccione y contagiada con la infamia social, sin tener en cuenta vínculos de afectos, lazos de amor, se arranque el padre o la madre leprosa del hogar pobre mientras el rico puede permanecer entregado al confort para el cual le privilegia su dinero.

¿Acaso no qiueren tanto los padres humildes a sus hijos y familia como los ricos? ¡Por Dios, no llevemos la desigualdad aún al terreno nivelado por la patología! ¡No cometamos el doble crimen de lesa humanidad y de lesa ciencia!

Ahora podrá arguírseme que los Congresos Médicos sobre lepra celebrados, han admitido esto y que el legislador se ha inspirado en ello.

No nos vence el argumento pues nosotros rendimos culto en todos los órdenes de la vida a una sóla cosa: "a la verdad," y cuando a nuestro juicio las celebridades y autoridades se separan por los convencionalismos reinantes de ésta, nosotros nos rebelamos y no vestimos a la moda científica según el último figurín que nos manden los congresos, sino según los incontrovertibles principios admitidos por la verdad científica hasta ese momento.

Así encontramos que en la primera Conferencia Internacional de Lepra en Berlín, el año 1897, dos autoridades indiscutibles, pero humanas, Besnier y Hansen, propusieron y fué aceptado como profilaxis de la lepra lo siguiente:

Primero: Declaración obligatoria. **Segundo**: Vigilancia y aislamiento (condicional).

En la segunda Conferencia Internacional de Lepra, celebrada en Bergen (Noruega) en Agosto de 1909, se llegó a las conclusiones siguientes:

"La lepra es una enfermedad contagiosa de persona a persona, cualquiera que sea el modo como se produce este contagio. Ningún país, sea cual sea la latitud a que se encuentre, está al abrigo de una infección eventual de la lepra. Sería muy útil pues, que se tomaran medidas de proteción.

2.—"Vistos los felices resultados obtenidos en Alemania, Irlanda, Noruega y Suecia, sería de desear que los países que tienen leprosos, procedan al aislamiento de los mismos, colocándolos en condiciones de existencia tales, que las medidas que se tomen puedan ser aceptadas voluntariamente por ellos.

3.—"Es de desear que los niños de los leprosos sean separados

de sus padres enfermos, lo más pronto posible, y que queden en observación.

4.—"Los que han cohabitado con personas leprosas, deben ser examinados de cuando en cuando, por un médico con conocimientos especiales de la enfermedad.

5.—"Todas las teorías sobre la etiología y el modo de propagación de la lepra, deben ser cuidadosamente examinadas, para saber si ellas pueden ponerse de acuerdo con nuestros conocimientos sobre la naturaleza y biología del bacilo de la lepra.

"Es de desear que el asunto de la transmisibilidad de la lepra por los insectos chupadores de sangre, (pulgas, chinches, etc.,) sea elucidado y que la posibilidad de la existencia de enfermedades leproides en los animales, (ratas), sea estudiada con detención.

6.—"El estudio clínico de la lepra hace creer que esta enfermedad no es incurable.

"Todavía no poseemos un remedio seguro y específico. Es de desear que se continúe en su busca, con el mayor celo posible."

Expuestas estas conclusiones y frente a nuestros raciocinios anteriores se hace necesario que expresemos nuestra opinión con respecto al aislamiento, la cual es como sigue: **Primero**: entendemos que todo leproso debe ser recluído y por tanto aislado. **Segundo** No aceptamos la segregación por posición económica pues tan fuente de contagio es el rico como el pobre. **Tercero**. Si el medio ambiente no permitiere la reclusión de todo lepreso rico, entendemos que de éstos por lo menos deben forzosamente ser recluídos todos los casos de lepra tuberculosa y con una imperiosa razón si ésta está ya ulcerada, regla ésta nuestra que la robustecen las experiencias de Jeanselme, Gluck y Sticker que en la Conferencia de Berlín de 1897 presentaron a éstos como foco de contagio. **Cuarto**. Los hijos de leprosos deben ser segregados por cuenta del estado en departamentos especiales.

Además señalaremos como una necesidad para esa República el cuidado de su frontera dominico-haitiana, pues dadas las malas condiciones sanitarias de Haití, es para Santo Domingo, no sólo una amenaza en este sentido, sino en todo órden patológico infeccioso.

Y ahora, como última medida profiláctica marítima de gran importancia, señalaremos la necesidad de prohibir la entrada de casos de lepra que deben ser embarcados al puerto de su procedencia.

Estas son las medidas que señalamos: con análogas a ellas Suecia ha visto bajar sus leprosos de 3,000 a 681 que sólo contó en

1896 y Noruega de 2122 a 688 y en Puerto Rico no llegan a 40 lo cual prueba axiomáticamente que la salvación para la humanidad de este azote en la antigüedad y Edad Media, está única y exclusivamente en el "aislamiento."

Por tanto, si nuestra hermana Antilla no quiere seguir una razón inversa a Puerto Rico en cuanto a lepra, ahí tiene los medios que deben de ser calurosamente recibidos ya no por el Club Unión sinó por el Gobierno que es el llamado a ser el guardián de la salud pública.

Si alguna utilidad en ese sentido tuviere este trabajo su autor se encontrará más que satisfecho y con ello indemnizado de la labor realizada en el mismo.

DOS CASOS DE ULCERA PERFORANTE DEL DUODENO CONSECUTIVAS A LA VIRUELA.

Dr. JORGE DEL TORO.

Señores:

Los dos caso siguientes, por su novedad, nos han parecido de interés suficiente para ser presentados a los miembros de esta Asociación. Puede decirse que ambos son idénticamente iguales y que dejan anotada una secuela de la viruela que a nuestro saber no ha sido observada todavía.

Caso 1. No. 3,578, C. A., varón, de 23 años de edad, jornalero. Admitido al Hospital Municipal el 25 de Junio de 1916, con diagnóstico preliminar de apendicitis aguda. Hacen unos veinte días pasó la viruela. Hacen como 24 horas o más que al sentarse a comer sintióse presa de un dolor agudísimo que empezó en el lado derecho de "la boca del estómago" y enseguida tomó el bajo vientre. El dolor ha ido aumentando hasta hacerse desesperante. Había sido, hasta el ataque de viruelas, saludable y su trabajo es de clase fuerte. Su estado de robustez es muy buena. Mira lleno de ansiedad y se queja de mucha sed. Abdomen distendido, especialmente sensible en el lado derecho del epigastrio, donde está duro como una piedra. Su piel toda demuestra el ataque reciente de viruelas y una circulación periférica completamente pobre.

Tratamiento: Operación. Hay una úlcera aguda, perforada, en la cara anterior de la primera porción del duodeno como a una pulgada de la porción justa-pilórica. La sutura de la úlcera se hace excesivamente dificultosa dado el estado inflamatorio y edema aguda de los tejidos de su alrededor. Todos los órganos y el peritoneo demuestran la apariencia de estos casos de peritonitis irritativa; (estado morboso que nunca se olvida una vez visto y que es producido por los fermentos digestivos sobre la superficie peritoneal.) Como el lumen del duodeno quedó tan reducido después de la sutura, practiqué rápidamente una gastro-jejunostomía posterior sin doblez, tiempo operatorio que no ofreció dificultad alguna dado que la pared posterior del estómago y el principio del jejuno aun no estaban envueltos en el desastre peritonal. Lavé ampliamente la cavidad peritoneal con solución salina; establecí un drenage amplio por encima del pubes. Tan pronto como fué posible se estableció el tratamiento de Murphy-Fowler, pero nada fué suficiente, falleciendo el enfermo como a las diez horas de operado.

Caso II: No. 3,589. J. G., varón, de 27 años de edad, carrero. Admitido al Hospita Municipal el día 27 de Junio de 1916, con diagnótico preliminar de apendicitis aguda. Salió del Cuarentenario de viruelas hacen 22 días. Su estado es sumamente grave, presentando toda su piel señales de cianosis. Antes de las viruelas era sano. Su estado de robustez muy bueno. Hace de 24 a 36 horas que estando tomando una taza de café sintió un dolor insoportable en el vienre. Hace algunos días que sentía dolor en el mismo sitio como a las tres horas después de comer. Todo el abdomen duro como una tabla, enormemente doloroso y especialmente en el epigastrio y hacia el hipocondrio derecho. Vómitos biliosos.

Diagnóstico: Ulcera perforante del duodeno.

Tratamiento: Siendo su estado tan grave que aseguraba una muerte segura, se limitó el tratamiento puramente a una incisión del abdomen bajo anestesia local lavando el peritóneo y drenando el sitio de la úlcera, tratamiento llevado a cabo por el doctor Guillermo Barbosa. Existía una úlcera perforante de la cara anterior de la primera porción del duodeno con peritonitis general avanzada.

En casos de emergencia como los anteriores se hace difícil el obtener una historia clínica precisa y detallada, pero hasta donde pudimos averiguar, ninguno de estos dos casos parece haber sufrido de ulceraciones del duodeno con anterioridad a la infección variolosa. Ambos eran hombres en perfecto estado de nutrición a pesar de estar convalescientes de una enfermedad aguda, cosa muy rara en casos de úlcera duodenal que por lo general tienen una existencia muy larga antes de que den lugar a síntomas graves, y que cuando así sucede producen una desnutrición

rápida y marcada del enfermo. En el acto operatorio se comprobó que las ulceraciones eran recientes y de carácter muy agudo, pues no existía alrededor de las úlceras ninguna induración ni había adherencias de omento ni órganos cercanos que indicaran los esfuerzos de la naturaleza para defender la perforación por venir.

No me ha sido posible encontrar ninguna literatura que contenga nada acerca de ulceraciones del duodeno como secuela de la variola, pero por la relación que pueda tener la infección variolosa con las demás afecciones y condiciones que se toman en cuenta en la etiología de la úlcera duodenal, no parece erróneo el atribair estos casos a la viruela, habiendo ocurrido como he dicho antes en pacientes en que no era de sospechar una ulceración duodenal con anterioridad a esta infección.

¿Podrá tal ulceración ser debida a la acción directa de unas viruelas en este sitio, o será debida a las demás causuas a que se atribuyen estas ulceraciones en las quemaduras y otras afecciones de la piel?

En la literatura sobre el asunto, Ch. Baumber y otros y entre ellos Osler que es el que más lejos reconoce la extensión de la erupción, dice, que "en casos excepcionalmente raros, la erupción puede llegar hasta el esófago y aun hasta el estómago". Musser dice que las ulceraciones del duodeno pueden seguir a ataques de acné, erisipelas o pénfigus. Bull y otros (A system of Practical Surgery, Vol. IV.) dicen que las ulceraciones del duodeno pueden formarse dentro de las veinte y cuatro horas en quemaduras y gangrena por congelación, y que si han de desarrollarse lo hacen siempre dentro de las dos semanas. En el American Text Book of Pathology encontramos que las causas de estas úlceras en las quemaduras se encuentra en la acción de las toxinas derivadas de los tejidos necróticos actuando en la mucosa del duodeno del mismo modo que actúan en los tejidos linfáticos. Strümpell dice que estas úlceras en las quemaduras son probablemente debidas a la trombosis de los vasos duodenales producida por la eliminación de fermento-fibrina. W. J. Mayo, hablando en general sobre la etiología de estas úlceras, anota las teorías de trombosis y embolismo, nerviosa, bacteriana, mecánica y la de erosión, cada una de las cuales, dice, cuenta con sus defensores. Lo últimamente dicho entre las causas etiológicas de la úlceras duodenas se debe a Rosenow, quien atribuye estas ulceraciones a la presencia del estreptococo en los capilares finales de la mucosa intestinal.

Estimamos que los dos casos anteriores nos pueden servir de guía en el tratamiento de la viruela y especialmente en los cuidados de su período de convalescencia, y que, anotada la posibilidad de una ulceración tan

fatal, estemos en guardia y caso de ocurrencia dar al paciente un tratamiento quirúrgico inmediato.

Discusión. El doctor Gómez Brioso hace referencia a un caso habido en el Hospital de Viruelas, el que ocurrió en una mujer en el período de convalescencia. Era una mujer joven, fuerte, anteriormente sana. Enfermó una tarde como a las siete y falleció al otro día por la mañana con toda la sintomatología de una perforación duodenal o del estómago. Un niño padeció de ulceraciones intestinales con hemorragia intestinal considerable.

El doctor Martínez Alvarez interesa que el doctor Toro diga la razón por la cual los casos de perforaciones del duodeno se confunden tanto con las apendicitis agudas. El doctor Toro dice que Moynihan lo explica por el hecho de que el líquido derramado por la perforación, debido a la depresión formada entre el abultamiento del estómago y el colon transverso, toma este cauce y corre hacia la derecha a la flexura hepática del colon y de aquí sigue por la parte de fuera del colon ascendente hasta la fosa iliacaderecha. Aquí se acumula el líquido dando lugar al dolor agudo en este sitio, igual al que se produce en las apendicitis verdaderamente agudas. Un gran número de casos de úlceras perforantes del duodeno son diagnosticados de apendicitis, y esto sucede con mayor frecuencia en los casos realmente agudos. No hace mucho tiempo el doctor Martínez Alvarez envió al Hospital un caso de úlcera perforante del duodeno y pudimos comprobar su diagnóstico en la operación. Este caso, daba una historia de ulceración duidenal previa a la perforación.

UN CASO DE OBSTRUCCION INTESTINAL

EL DIVERTICULO DE MECKEL COMO CAUSA.

DR. J. AVILES.

He de manifestar antes, que la paciente de cuyo caso vamos a relatar, estaba bajo la asistencia médica del doctor Frías, a él se debe la historia clínica, el diagnóstico e indicación del tratamiento. Solamente fuí yo llamado para auxiliar en la intervención.

Pacienta N. N., de cinco años de edad, residencia siempre en Puerta de Tierra. Ha padecido dos veces linfangitis aguda de la piel de la pierna derecha: la primera en Septiembre pasado y la segunda

vez en Febrero último. No tiene más antecedentes morbosos. Es de constitución robusta.

El 22 de Abril a las 8 A. M., después del desayuno, sintió dolor agudo en el vientre, evacuó el intestino como anormalmente, pero el dolor continuó del mismo modo. Muy poco después, principió la niña a vomitar, siendo éstos frecuentes y alimenticios. Con estos síntomas: dolor abdominal, localizado por lo común en la parte alta izquierda del vientre, vómitos repetidos y supresión de materiales intestinales, sólidos y gaseosos, pasó el resto del día. Por la tarde se veía al nivel del ángulo cólico izquierdo, varias asas intestinales distendidas, que formaban camellos, quedando el resto del abdomen sin meteorismo con lo que el signo de Van Wahl era muy evidente. Se prescribió a la niña una poción opiada que disminuyó la emesis, el dolor y la agitación el día 23, permitiéndole a ratos hasta jugar con sus hermanitos; sin embargo, la éxtasis inestinal se mantenía lo mismo, el pulso se hacía cada vez más frecuente, hasta alcanzar 140 por minuto, el vientre se distendía algo y el acúmulo de asas que también se dibujaban al principio en el ángulo cólico izquierdo, se hacían cada vez menos perceptibles. El 24 por la mañana, día de la intervención, la situación de la niña era ésta: dolor abdominal, éxtasis de materiales intestinales, sólidos y gaseosos, orinas frecuentes y escasas (algunos gramos), sin vómitos, vientre moderadamente distendido, facies angustiosa, ojos hundidos ladeados de ojeras, pulso de 140, blando.

Diagnóstico: Obstrucción intestinal. Ante la gravedad del cuadro clínico que presenciamos, no nos detuvimos a pensar la causa posible de la obstrucción en una niña, que no presentaba clase alguna de hernia, factor principal etiológico de las oclusiones intestinales.

Tratamiento: Intervención quirúrgica: incisión vertical por el lado más prominente del abdomen (ángulo cólico izquierdo). Abierto el peritóneo, fluyó de la cavidad un líquido seroso amarillento, indicios de una peritonitis. Examinando las asas intestinales y buscando el sitio de la oclusión, comprobamos que la causa de ésta, se debía a una anomalía congénita del intestino (Divertículo de Meckel) que ofrecía la característica siguiente: en su extremidad distal, partía una banda fibrosa como de cuatro centímetros de largo, que se insertaba al mesenterio de otra asa intestinal, formando así un verdadero anillo. Por el orificio del anillo se deslizaban asas intestinales, distendidas por gases, atrapilladas y estranguladas parcialmente, a semejanza de lo que vemos en las hernias inguinales.

La estrangulación, aunque incompleta, dió origen a la oclusión intestinal. La técnica operatoria empleada una vez incindida la banda fibrosa, y libradas las asas de la estrangulación, no fué otra sino la que se practica en la operación de apendectomia-ablasión del divertículo. La herida

fué cerrada por el método corriente, dejándose un tubo de goma para drenaje.

Por el esado de la niña, no hicimos un minucioso examen acerca de la implantación del divertículo, pero sí pudimos observar, que éste estaba en relación anatómica con el ileo; su base era como de dos centímetros en diámetro, su longitud como de ocho, su forma cónica.

La niña tuvo un curso post-operatorio bueno y un feliz resultado la operación.

Diremos algo sobre estas anomalías congénitas. Según Adami, se ha encontrado el divertículo en el 2.7% de las autopsias, generalmente en el ileo, a una distancia de un metro de la válvula ileo cecal. Ordinariamente de siete centímetros de largo. Su situación, al lado opuesto del mesenterio del intestino. Se le considera histológicamente, como resto del tejido embrionario (conducto onfálo mesentérico). Puede estar abierto a todo su largo: en esta condición, da lugar a un fístula denominada onfálo mesentérica. Puede estar cerrada a ambos extremos, formando un quiste. El vértice puede estar abierto hacia el extremo umbilical, dando lugar a otra clase de fístula, que se conoce con el nombre de fístula onfálica.

Bajo el punto de vista quirúrgico, la patología del divertículo es de gran importancia: corre la misma suerte del apéndice vermiforme, es decir, inflamarse, gangrenarse, experimentándose los síntomas de una apendicitis aguda, excepto que la rigidez abdominal no es tan marcada y el dolor, es más hacia el lado izquierdo del abdomen. Puede formar parte del contenido de un saco herniario, por consiguiente, propenso a adherirse o estrangularse, presentando en esta condición, los síntomas de una hernia parcialmente estrangulada. Puede alojar un cuerpo extraño, y como secuelas la ulceración, la perforación y la peritonitis. La entidad patológica más común, a que da lugar este divertículo, es la oclusión intestinal, que se verifica por el mecanismo que hemos citado en nuestro caso.

Por una estadística de 1.000 casos de hernias y obstrucciones intestinales operados por Gibson, vemos que los factores etiológicos principales de las oclusiones del intestino, los enumera por el orden siguiente: hernias, 35%; bandas constrictoras, 19%; intusucecciones 19%; vólvulos, 12%. Dentro de estas bandas constrictoras entra el divertículo de Meckel.

A estos factores añadiremos, estenosis y atresia intestinal, tumores abdominales, concreciones fecales y cuerpos extraños, adherencias por perionitis y muy rara vez, ocurre la obstrucción, cuando existe en el mesenterio o el omento mayor, algún orificio, verificándose entonces el mismo mecanismo que observamos con las bandas fibrosas constrictoras.

La literatura médica, nos enseña que son raras las oclusiones del

intestino causadas por el divertículo de Meckel y la razón que nosotros aducimos para ello, es que se trata de una anomalía congénita.

Esta creencia nuestra, nos la corrobora la estadística que hemos citado ya, donde, de 1,000 casos operados por hernias y obstrucciones intestinales, solamente en dos de ellos, fué el divertículo la causa de la obstrucción.

También *la data* que hemos podido obtener de los compañeros que se dedican a la cirugía en la ciudad, nos dicen que no han registrado en sus casos de oclusiones intestinales el divertículo de Meckel como causa.

Nuestra conclusión: Son varios los factores etiológicos de las obstrucciones intestinales. En nuestra práctica las encontramos con cierta frecuencia. Nada nuevo especial hemos dicho acerca de estas entidades patológicas, pero, por lo raro que es hallar una oclusión intestinal cuya causa sea el divertículo de Meckel y por ser nuestro caso, quizás, el primero de esta índole que se registra *at operandum* aquí en San Juan, donde la cirugía ha alcanzado un gran adelanto, ha sido el motivo que hemos tenido para presentarlo a la Asociación Médica del Distrito Norte.

DE INTERES MEDICO SOCIAL.

DR. F. DEL VALLE ATILES.

Traducimos del "Diario de Minas" del Brasil el siguiente artículo, tanto por referirse a un asunto de interés médico sócial, cuanto por aludir a uno de nuestros distinguidos médicos, el doctor Bailey K. Ashford, que ha llevado al extranjero nuestro nombre ligado al problema de la asistencia médica de la población rural; problema que ha empezado a resolverse, siquiera parcialmente, con el establecimiento de los dispensarios para tratar la anemia; y éste método nuevo y original, ensayado por primera vez en nuestro país, parece que está llamado a adquirir un gran desarrollo, no sólo en esta Isla, sino en dondequiera que condiciones similares a las nuestras hagan difícil la actuación del médico.

De un médico con preparación universitaria suficiente, adquirida a fuerza de sacrificios de toda índole, no puede esperarse que se establezca voluntariamente en las poblaciones rurales, por el incentivo de un sueldo con el cual no pueda vivir decorosamente. Para cubrir el déficit, necesita hacerse su clientela privada; y no se puede exigir mucho de un funcionario mal retribuído. Es más, aunque éste quisiera, las condiciones propias de la vida rural le harían imposible atender satisfactoriamente a los enfermos pobres diseminados en barrios extremos. A su

vez las corporaciones municipales no están en condiciones de pagar debidamente este servicio y, aunque reconocen la obligación en que están de velar por la población pobre, hacen lo que pueden, creando plazas de médicos de beneficencia, que pagan con sueldos raquíticos llenando así algo de los deberes que la sociedad tiene para con los pobres. Y sin embargo la población rural no hay duda que debería ser objeto de una atención especial porque es ella no sólo la fuente económica más valiosa del país, sino el núcleo de donde debieran salir los hombres que renovaran la sangre y mantuvieran la integridad de la raza.

Sucede hoy lo contrario por falta de una educación apropiada y por carencia de cuidados higiénicos en los que el papel del médico es de capital importancia. El establecimiento de dispensarios debe pues ser mirado no como un organismo más, sino como un medio económico y eficiente de llevar al corazón de nuetsra población rural los conocimientos necesarios para la conservación de la salud al propio tiempo que los remedios apropiados a las enfermedades que entre ellos reinan.

Como se verá por el artículo que va a continuación, en el extranjero se ha acogido con beneplácito lo que podemos llamar nuestro sistema de asistencia médica rural, y es de esperarse que en Puerto Rico se le asigne cada día mayor valor al procedimiento, que la experiencia viene demostrando ser de utilidad. Una población rural sana y vigorosa es algo que vale la pena de ser considerado por todo el que ame al país.

EN CAPELLA NOVA

Gran manifestación del pueblo de esa localidad a los facultativos de la misión Rockefeller. El pueblo de Capella Nova celebró ante noche una gran manifestación de reconocimiento al doctor Bailey K. Ashford y demás miembros de la Misión Rockefeller, por los inestimables servicios profilácticos que acaban de prestar a aquel distrito.

Para la fiesta, característicamente popular, fueron invitados la prensa de la Capital y diversos particulares.

En el tren que debía conducirlos a Capella Noca desde Betin, veíanse entre otras personas a los señores Antonio Gravatá, representante de la Gran Empresa Schonoor, don Enrico Villela, del Instituto Oswaldo Cruz y Angenor Barbosa, nuestro compañero y representante en esta fiesta. A la llegada de estos señores a Capella Nova diéronse diversos vivas al doctor Gravatá y la Empresa Schnoor, mientras la Banda de música de la localidad ejecutaba interesantes piezas de su repertorio. El Grupo Escolar, y las autoridades locales esperaban en la Estación al doctor Gravatá, los miembros de la Comisión promotora de la manifestación y representantes de la prensa. Poco después, acompañados por la banda, entre

fuegos artificiales y vivas entusiastas se dirigieron los manifestantes a la barraca de la misión Rockefeller.

Allí, interpretando al sentimiento del pueblo, habló brillantemente el Reverendísimo Padre Ozoris Braga.

Ofrecieron lindos ramos al doctor Ashford en nombre de la Empresa Schnoor, y hablaron, la hermosa profesora Margarita Guimaraes y la gentil señorita Canuta Silva, ex-alumna del Grupo Escolar de Capella Nova.

Mostró su agradecimiento en palabras llenas de emoción el ilustre y bondadoso facultativo de la Comisión Internacional de Salud.

Poco después otra profesora, la señorita María Adelaida Brant, adelantándose con un lindo ramo, lo ofreció en una bella improvisación al doctor Antonio Gravatá, que fué acogida con aplausos expresivos del pueblo.

Fué una fiesta encantadora en la cual no faltó la nota afectiva del reconocimiento sencillo y sincero de la más alta significación de un movimiento eminente y consagrador.

Veíanse entre el Grupo escolar representado generalmente por profesores y alumnos, diversas personas notables y jefes políticos locales.

Terminada la representación, aun permanecieron en la barraca por algún tiempo en amistosa conversación el Dr. Ashford, el Dr. Antonio Gravatá y nuestro representante.

LA COMISION ROCKEFELLER.

Rockefeller, cuya fortuna se considera la mayor de que se tiene noticia, queriendo gastar humanitariamente su dinero, instituyó un fondo para el mejoramiento de las condiciones físicas del hombre, entregándolo a una comisión titulada *Fundación Rockefeller*, encargada de combatir algunas endemias tanto en los Estados Unidos como en otros lugares.

Siguiendo el principio de que la caridad y la beneficencia no distinguen patrias, la Fundación Rockefeller viene prestando los mayores servicios a la humanidad con una instalación de puestos medicos y hospitales de asistencia en diferentes partes del mundo.

Al principio del año actual la Comisión Internacional de Salud resolvió visitar el Brasil a fin de prestar aquí socorro a los atacados de la terrible uncinariasis u opulación propiamente dicha, y hacer un estudio concerniente al asunto de las enfermedades tropicales.

Para acompañar la misión fué invitado el eminente hombre de ciencias portorriqueño, doctor Bailey K. Ashford, internacionalmente conocido por los servicios que prestó a su ciudad natal en una brillante y memorable campaña contra el anquilostoma.

Invitado el doctor Ashford a formar parte de la comisión que debía ir al Brasil, manifestó que los simples viajes por las poblaciones visitando los hospitales, las escuelas, y recogiendo informes de terceros sería de poco provecho.

Prefería establecer un dispensario en cualquier zona, como se hace en Puerto Rico, que serviría para una documentación objetiva de los que la practicaran, y para conocer las condiciones sanitarias de la localidad donde se establecieran, haciendo en ella estudios generales.

La *Fundación Rockefeller*, accediendo a sus deseos, proporcionó el material necesario.

Llegada a Río, la Comisión Rockefeller se dirigió al Instituto Oswaldo Cruz para orientarse acerca de la zona en que pudiera funcionar el dispensario con mejor provecho. El ilustre director del Instituto Oswaldo Cruz había designado algunos meses antes al doctor Enrico Villela para hacer ensayos terapéuticos en la enfermedad de Chagas, de acuerdo con los doctores Chagas y Machado de aquel instituto.

El doctor Enrico Villela, gracias a la buena voluntad del doctor Gravatá y a los auxilios y facilidades que se encuentran en Capella Nova, indicó aquella localidad para que en ella se estableciera un pequeño puesto médico.

Hacia allá se dirigió el doctor Ashford confiado en el director del Instituto Oswaldo Cruz y en la actitud benévola e inteligente del doctor Gravatá, que le facilitó todos los medios para el buen éxito de la misión. Luego que se estableció el doctor Ashford, hombre de energía, de trabajo y de ciencia, y una vez orientado, dejó en dos días organizado perfectamente su servicio, y pronto para atender a sus pacientes; para demostrar cuánto trabajo revela ésto, basta decir que desde la casa hasta los muebles y los más insignificantes objetos, el doctor Asfhord los trajo de su país.

Con una botica inteligentemente escogida, el eminente hombre de ciencia juntando a las facilidades que le rodeaban, el prestigio de su simpatía personal, se puso a trabajar llegando a atender cada día con máxima bondad y cariño mas de doscientas personas enfermas.

Le aqudaba un farmacéutico que distribuía los remedios en un despacho adyacente.

Con el fin caritativo de aliviar a los que sufrían, se multiplicaba el doctor Ashford.

El dispensario comenzó a funcionar el 17 de Marzo manteniéndose abierto hasta antes de ayer. Los pacientes atendidos y registrados por su auxiliar académico Rodolpho Jacob sumariamente examinados, pasa-

ban después al doctor Ashford que lo completaba haciendo sistemáticamente el examen de las heces para verificar el índice de infección intestinal por los vermes, y de la sangre para dosificar la hemoglobina.

Con un esfuerzo contante y un trabajo que comenzaba por la mañana y duraba hasta entrada la noche, el doctor Ashford llegó a atender en el corto plazo de 22 días, 1425 personas dando cerca de 3.000 consultas y distribuyendo a todos medicamentos.

Auxiliábalo también en el laboratorio el estudiante Mello. Pacientes de toda la comarca acudían a recibir los beneficios que aquella mano providencial les ofrecía.

Acompañaban también al doctor Ashford por parte del Instituto Oswaldo Cruz dos de sus más ilustres sabios miembros, los profesores doctores. A Lutz y Carlos Chagas que permanecieron allí un poco de tiempo. En los últimos días la comisión recibió la visita del ilustre helmintologista del Instituto Oswaldo Cruz, doctor Souza Travassos.

Gran parte de los pacientes se componía de hombres pobres del campo, que no se podían tratar, que morirían infaliblemente y que ahora se hallan fuertes, robustos y felices contentos de poder ganarse la vida con el trabajo honrado, independientes de la caridad pública. El doctor Ashford comprobó que el 20 por ciento de la población de Capella Nova y el 60 por ciento de la población rural, estaba infectado por el anquilostoma. Se comprobó que el 80 por ciento estaba infectado de la enfermedad de Chagas; los había también con úlceras de las piernas, ascaris, tenias y otras dolencias.

El sabio entomologista doctor Lutz hizo interesantes estudios de su especialidad y de botánica, los cuales se publicarán más adelante. Los doctores Carlos Chagas y Souza Travassos llevaron también notas recogidas en el vasto campo de sus experiencias.

Durante toda la permanencia de la misión allí, fué altamente provechoso el auxilio que le prestara la Empresa Schnoor por medio de su representante el doctor Gravatá y el doctor Agostino Porto. director de Minas del Oeste.

Después de acabados los trabajos de la misión, resolvió el doctor Ashford venir a esta Capital, siguiendo luego para Río. La misión llegó ayer aquí, habiendo venido en tren especial en compañía del doctor Agostino Porto, director de Minas del Oeste. Los ilustres miembros de la comisión se hallan hospedados en el Gran Hotel.

ESTUDIO SOBRE LA EPIDEMIA DE PARALISIS INFANTIL EN NUEVA YORK,

LEIDO ANTE LA ACADEMIA DE MEDICINA POR SU AUTOR, EL

DOCTOR SIMON FLEXNER,

DIRECTOR DE LOS LABORATORIOS DEL INSTITUTO ROCKEFELLER.

Traducido por el Dr. J. Lugo Viña.

El Instituto Rockefeller para Investigaciones Médicas, ha recibido tantas consultas, no sólo de un crecido número de médicos, sino también de muchas otras personas solícitas de instrucciones e informes acerca de la actual epidemia de Parálisis Infantil, que nos ha parecido conveniente exponer los conocimientos que hasta el presente tenemos acerca de ciertos, en sumo grado pertinentes aspectos de la enfermedad, juntos con las deducciones de práctica importancia derivadas de ellas.

La Parálisis Infantil, es una enfermedad infecciosa y comunicable, causada por la invasión de los órganos del sistema nervioso central, la médula espinal y el cerebro, por un micro-organismo filtrable, que al presente se ha podido obtener en cultivo artificial y como tal se hace distintamente visible bajo la lente de un microscópio de alta potencia.

El virus de la parálisis infantil, como se ha nombrado al micro-organismo causante, existe constantemente en los órganos de los centros nerviosos, así como en las membranas mucosas de la nariz, garganta e intestinos de los enfermos de Parálisis Infantil. Se encuentra menos frecuentemente en otros órganos internos, pero no se ha encontrado en la sangre de los invadidos.

EL VIRUS EN LAS PERSONAS SANAS.

Aunque el micro-organismo de la Parálisis Infantil es ya conocido, las dificultades que se tienen en su cultivo artificial y su identificación bajo el microscópio, son tales, que hace futil el empleo de las pruebas bacteriológicas usuales para descubrirlo; sin embargo, el virus se puede revelar por medio de las pruebas inoculatorias en los monos en cuyos animales se desarrolla una enfermedad que corresponde a la Parálisis Infantil en el ser humano. De esta manera se ha podido comprobar el hecho de que las membranas mucosas de la nariz y garganta de individuos sanos que han estado en íntimo contacto con casos agudos de Parálisis Infantil pueden contaminarse con el virus y tales personas así contaminadas y sin enfermarse ellas mismas pueden trasmitir la infección a otras personas especialmente a los niños los cuales desarrollan la enfermedad.

El virus tiene ,aparentemente, una distribución idéntica independiente de los tipos o severidad de los casos de parálisis infantil. Bien que los casos correspondan a los llamados de forma abortiva en los que no se presenta la parálisis definitiva de los músculos, o bien sea tan ligera y psagera que frecuentemente pasan desapercibida o bien correspondiendo a formas meningeas cuyos síntomas son semejantes a los de una meningitis aguda y en los cuales las lesiones de los músculos pueden o no estar asociadas o bien consistir en las condiciones paralíticas usuales, el virus está persente no solamente en los órganos nerviosos, sino también en las membranas de la nariz, garganta e intestinos.

SALIDA DEL VIRUS DEL CUERPO.

Los microorganismos que llevan la enfermedad, escapan del cuerpo de un individuo infectado, de modo que les permite entrar y multiplicarse en otras personas no infectadas, produciéndoles idéntica enfermedad. El virus de la Parálisis Infantil es sabido sale del organismo humano contaminado, en las secreciones de la nariz, garganta e intestinos. También escapa de personas sanas pero cuyas secreciones de la nariz y garganta están contaminados. Si el virus de una persona afectada tiene otra manera de escape o salida, nos es ésta desconocida.

No hace mucho tiempo que ciertas experiencias parecían demostrar que las picaduras de ciertos insectos, especialmente las moscas de los establos, podrían tomar el virus de la sangre de personas infectadas e inocularlo en la sangre de personas sanas. Mas como el virus nunca ha sido revelado en la sangre humana y las ultimas experiencias con las moscas de los establos, no han confirmado este modo de infección, debemos considerarlo dudoso. Por otro lado ha sido demostrado por experimentos en animales, de modo que los mismos hechos pueden aplicarse a los seres humanos, que el virus parece escaparse del cuerpo por la vía de la nariz y garganta, no solamente cuando la inoculación tiene lugar en las membranas sino también cuando la inoculación experimental se hace dentro de la cavidad abdominal, en la sangre, o en el cerebro. De esta demostración se deduce en conclución, que la manera usual de escaparse el virus es por la vía de las secreciones ordinarias de la nariz y garganta, y después de tragar éstas, en las exereciones de los intestinos.

ENTRADA DEL VIRUS AL ORGANISMO.

El virus entra en el organismo, como regla, si no exclusivamente, por las membranas mucosas de la nariz y garganta. Habiendo ganado estas puertas fáciles de entrada al organismo, la multiplicación del virus ocurre allí, después de lo cual penetra al cerebro y médula espinal por vía de los canales linfáticos, que unen las membranas nasales con el interior del cráneo. Si el virus penetra en el interior del cuerpo de otro modo, es desconocido. Ciertos esperi-

mentos ya aludidos hacen posible que el virus pueda ser inoculado en la sangre por los insectos. Y otros experimentos han demostrado que bajo peculiares y extraordinarias condiciones podría entrar en los monos por medio de los intestinos.

Pero mientras los dos últimos modos de infección pueden efectuarse algunas veces, observaciones en casos humanos de Parálisis Infantil y sobre animales, todas indican que la principal avenida de entrada del virus dentro del organismo es por las vías respiratorias, ésto es, por las membranas mucosas naso-faríngeas.

Las propiedades físicas del virus de la Parálisis Infantil se adaptan bien por sí para ser llevado a la nariz y garganta. Estando contenido en las secreciones, es prontamente distribuído por la tos, estornudos, besos y por medio de los dedos y artículos contaminados con las secreciones, así como con las excreciones intestinales. Además de ésto, como el virus es arrojado fuera del cuerpo, envuelto con las secreciones, resiste por largo tiempo aun las temperaturas más altas del verano, en estado completamente seco; y aun a la acción de productos químicos débiles tales como glicerina y ácido carbólico que destruyen otras conocidas bacterias.

Así, que secar las secreciones no es una protección; al contrario, como la secreción seca puede ser convertida en polvo, el cual es respirado por medio de la nariz y garganta, llega a ser una fuente de infección. La supervivencia del virus en las secreciones es favorecida por la luz débil del día y la obscuridad, y estorbada por la luz y el sol. Es prontamente destruído por exposición a la luz solar. Puesto que la Epidemia de la Parálisis Infantil siempre nace durante el calor en el verano, se ha pensado, como posible, conectarla con o estar dependiente, de la vida de los insectos. Los insectos chupadores de sangre especialmente han sido considerados sospechosos. Se han hecho experimentos con moscas picadoras, chinches, mosquitos y piojos. Ni los mosquitos ni los piojos parecen aptos para extraer el virus de la sangre de los monos infectados o para retenerlo por un tiempo en estado vivo. Una vez pudo conseguirse, que las chinches tomaran el virus de la sangre de los monos, pero no inocularon con su picadura a los monos sanos.

Ciertos experimentos indicaron que la picadura de la mosca del establo podría extraer el virus de la sangre de un mono infectado y transmitirlo a un mono sano, el cual quedó después paralizado. Los últimos experimentos no han confirmado estos hechos.

Además de eso, experimentalmente se ha visto que el virus de los monos inoculados difiere en su modo de obrar del virus en los humanos, que padecen de Parálisis Infantil, puesto que el virus aparece en la sangre del mono infectado pero nunca ha sido descubierto en la sangre de las personas. La mosca común o mosca casera puede contaminarse con el virus contenido en las secreciones del cuerpo y servir como agente transportador a las personas, por medio del alimento con el cual se ponen en contacto.

Las moscas caseras experimentalmente contaminadas con el virus, permanecen infectivas por 48 horas o más. Mientras nues-

tros actuales conocimientos excluyen los insectos como agentes activos en la diseminación de la parálisis infantil, sinembargo ellos son sospechosos de ser mecánicos portadores del virus de esa enfermedad.

Por la atención que la reciente epidemia de parálisis infantil ha despertado hacia las enfermedades seguidas de parálisis, se ha descubierto que los animales domésticos y animales favoritos están sujetos a las enfermedades paralíticas. Los animales que han venido a ser sospechosos como posibles distribuidores del germen de la parálisis infantil, son las aves de corral, cerdos, perros, gatos, y en casos aislados borregos, ganado y aún los caballos han sido sospechosos. Todos estos animales están sujetos a la enfermedad en que la parálisis de las piernas y de otras partes del cuerpo, se manifiesta algunas veces. En no pocas ocasiones las enfermedades paralíticas de las aves de corral y cerdos se ha notado que coinciden con la presentación de casos de parálisis infantil, en las fincas de los campos o en las pequeñas comunidades.

Estudios experimentales sinembargo, excluyen a estos animales de ser los portadores del virus de la parálisis infantil. Las enfermedades paralíticas que ellos padecen, se conocen desde hace tiempo y son diferentes de la parálisis infantil. Los casos citados pueden ser coincidencias; en ningún caso la investigación ha demostrado la responsabilidad de la una respecto de la otra.

SIGUE LA RUTA DEL VIAJERO.

Todos los estudios llevados a cabo en varios países en los cuales la parálisis infantil ha sido epidémica, indican que, al extenderse de lugar a lugar o de un punto a otro, la vía que sigue es aquella por donde van comunmente los viajeros. Esto es aplicable lo mismo a la vía marítima que a la terrestre; por ferrocarril, o por un camino carretero. En otras palabras, la evidencia derivada de estos estudios, confirma la obtenida por otros orígenes, en relacionar íntimamente la agencia distribuidora, con las personas y sus actividades.

El virus de la parálisis infantil es destruído en el interior del organismo más pronta y completamente algunas veces, que en las membranas de la nariz y garganta. Se ha encontrado en los monos, en los cuales se han podido hacer experimentos minuciosos, que el virus del cerebro y la médula, puede desaparecer en pocos días a tres semanas después de la aparición de la parálisis, mientras que al mismo tiempo se encuentra dicho virus en las membranas nasofaríngeas.

El período más largo después de la inoculación durante el cual se ha hallado el virus, en las mucosas de la nariz y garganta de los monos es de seis meses. Es mucho más dificultoso el descubrir a los portadores humanos que a los monos portadores del virus. El virus directamente obtenido de los seres humanos, despliega un grado bajo de infestividad para los monos; mas, una vez adaptado a los

monos. el virus se hace increiblemente activo, de modo que la más infinitamente pequeña cantidad, es fácilmente descubierta por la prueba de inoculación. Sinembargo, en muchos casos humanos dudosos. el virus fué descubierto en las membranas mucosas de la nariz y garganta, cinco meses después del primer acceso de la enfermedad. De aquí se vé que poseemos evidencias concluyentes de la existencia ocasional de personas portadores crónicos de la parálisis infantil.

No todas las epidemias de parálisis infantil son igualmente severas. Ciertamente. una gran variación y fluctuación existe, no solamente entre el número de casos, pero también en su mortalidad. Los extremos son representados por algunos casos ocasionales de parálisis infantil conocidos en muchas de las grandes poblaciones y en las cuales no se extiende, y los casos en que en pocos días o semanas el número de casos crece por saltos y se aumentan por cientos y el número de defunciones sube al 20% o más entre los atacados. Aunque todos los factores, que determinan esta discrepancia no son conocidos, cierto número de ellos han llegado a ser indudables.

Un hecho de gran importancia es el poder infectivo o potencial, o técnicamente expresado, la virulencia del microorganismo o virus causante de la enfermedad. Este virus está sujeto a fluctuaciones de intensidad, lo cual puede demostrarse mejor con un ejemplo. El virus tal como ordinariamente se ha visto en las personas aun durante una epidemia severa, tiene un bajo poder infectivo para los monos, pero llevándolo de mono a mono tiende a adquirir, después de un variado número de traspasos, una increíble actividad. Sinembargo, hay ejemplos ocasionales en los cuales el virus humano no ha llegado a adquirir esta intensidad. Pero una vez que el virus ha adquirido esta alta potencia intensiva puede pasar de mono a mono por muchas series pero no por series indefinidas. Finalmente, en algunas muestras del virus tiene lugar un cambio contrario; el virus empieza por perder su virulencia hasta que vuelve a su primitivo estado o aun a disminuirse su grado de infectividad. En este respecto el proceder del virus corresponde a su primera **embestida.** sube, y entonces el descenso en número y en severidad de los casos observados en el curso de las epidemias de parálisis infantil es el de otras enfermedades epidémicas. De aquí una de dos, o un nuevo ejemplar del virus puede haberse introducido de afuera, el cual después de ciertos número de migraciones de persona a persona, adquiere una alta potencia, o un ejemplar del virus ya presente y dejado de una epidemia previa, después de un período de calma y con iguales migraciones vuelve a ser activo y llega a tener una fuerza infectiva igual o excede en potencia a la que originalmente tuvo. Otro, pero más indefinido factor esta relacionado con el grado de susceptibilidad entre los niños y otras personas afectadas, las cuales en un período dado pueden ofrecer un grado menor de susceptibilidad.

SUSCEPTIBILIDADES INDIVIDUALES VARIABLES.

No todos los niños y relativamente pocos adultos son susceptibles a la parálisis infantil. Los niños pequeños son más susceptibles, generalmente hablando, que otros niños mayores; pero ninguna edad puede decirse que es absolutamente inmune. Cuando varios niños existen en una familia o en un grupo, uno o más pueden ser afectados, mientras que otros escapan o parecen que escapan. Mientras más de cerca se estudian por los médicos la familia u otros grupos, mayor número de casos se descubren entre ellos. Esto quiere decir que el nombre de Parálisis Infantil es un nombre mal puesto, puesto que la enfermedad puede desarrollarse sin causar ninguna clase de parálisis o tan ligera y transitoria parálisis, que se hace dificultoso el reconocerla.

Los casos benignos o abortivos como se les llama, indican una susceptibilidad mayor que la reconocida hasta ahora; y su descubrimiento promete tener consecuencias mayores con respecto a los medios empleados para limitar el desarrollo o destruir el foco de la enfermedad.

Como todas las demás enfermedades infecciosas, la parálisis infantil no se desarrolla al pronto después del contacto, sino después que ha pasado un espacio de tiempo llamado el período de incubación. Este período está sujeto a un amplio límite o fluctuación; en ciertos casos éste ha sido tan corto como dos días, en otros, dos semanas o posiblemente aun mayor. Pero el período usual no excede de ocho días.

Probablemente el período de mayor peligro para transmitir la enfermedad es durante el muy temprano y agudo período de la enfermedad.

Esta manifestación debe tomarse como una presunción pues que depente de inferencias, basadas en el conocimiento general de la infección mas que de las demostraciones. Juzgando por los experimentos hechos en animales, el virus tiende a no persistir en el cuerpo más de 4 o 5 semanas, excepto en aquellos casos excepcionales que se han desarrollado y convertido en casos crónicos. De aquí, que casos de paralisis infantil que han sido observados por un período de 6 semanas desde su inicio, deben considerarse como practicamente libres de todo peligro.

La "Parálisis Infantil" es una de las enfermedades infecciosas en la cual la inmunidad es conferida por un ataque. La evidencia derivada por los experimentos hechos en los monos es conclusiva en demostrar, que una infección que termina con la vuelta a la salud, da protección contra subsiguientes inoculaciones. Observaciones en las personas han demostrado el mismo hecho, lo que parece ser una verdad y que hay que incluir en el todas las formas, es decir la paralítica, la meningoa, o la abortiva, las cuales confieren inmunidad.

EXPLICACION DE LOS FUNDAMENTOS DE LA INMUNIDAD.

La sangre de las personas normales y de los monos no es capaz de destruir o neutralizar el efecto del virus de la parálisis infantil. La sangre de las personas o monos, restablecidas de esta enfermedad es capaz de destruir o neutralizar los efectos del virus. La incapacidad o immunidad para infecciones subsequentes ya ocurra en los seres humanos expuestos, o en los monos inoculados, descansa en la presencia de las sustancias destructoras. los llamados cuerpos de immunidad, que se desarrollan en los organos internos y son abandonados en la sangre. Tanto cuanto persistan en el organismo estos cuerpos immunisadores dura la immunidad, y la presencia de dichos cuerpos han sido encontrada veinte años después, y aún más. después de haber padecido el individuo parálisis infantil. Los experimentos hechos han demostrado que los cuerpos immunizadores se encuentran en la sangre aun en los casos mas benignos, lo que explica porque la protección se obtiene con independencia de la severidad del caso.

La protección ha sido proporcionada a los monos contra la inoculación hecha con cantidades del virus de la parálisis infantil, previamente sujetándolos a una inoculación de cantidades o dosis sub-efectivas del virus. De este modo y sin ningún síntoma de mal estar o resultados producidos por la inoculación protectiva se ha obtenido una completa immunidad. Pero el método no es perfecto, puesto que algunas veces, no solo no se obtuvo la immunidad, sino que inesperadamente apareció la parálisis. En aquelos casos protegidos por adquirida immunidad los cuerpos immunizadores aparecieron en la sangre.

LA PROTECCION PASIVA RELATIVAMENTE CORTA.

Transfiriendo sangre de monos inmunes a monos normales o que no han sido tratados, estos pueden quedar insusceptibles o inmunes y la immunidad durará por un período relativamente corto durante el cual la pasivamente transferencia de los cuerpos immunizadores persista. La adquisición de la immunisación pasiva es en ciertos modo incierta y su breve duración la hace inutil a los fines de la inmunisación protectiva.

De otro lado, se cuentan buenos resultados en los experimentos de tratamiento con el suero de monos inoculados. A este propósito el suero de la sangre sacada ya de personas ya de monos curados y protegidos, es inyectado dentro de las membranas de la cuerda espinal. La inyección de suero debe repetirse varias veces para hacerla efectiva.

De este método se ha empleado varias veces en Francia, en donde el suero de la sangre obtenido de personas que habían curado de la parálisis infantil ha sido inyectado dentro de las membranas de la espina dorsal de personas que acababan de paralizarse. Se dice que los resultados prometen. Por desgracia la cantidad del suero de per-

sonas inmunes es muy limitada y ningún otro animal, sino los monos parecen ser capaces de dar un suero inmune; mas el mono no es un animal factible del cual se pudiera adquirir suficiente provisión.

SOLO UNA DROGA PARA EL TRATAMIENTO.

El virus de la parálisis infantil ataca y se adhiere a los nervios de los órganos centrales. De aquí,que para llegar a él se tienen grandes deficultades porque la naturaleza cuidadosaente ha protegido estos órganos sensitivos de los materiales nocivos que puedan ganar acceso en la sangre, y ser contrarrestados por sustancias de manera que impidan el que perjudiquen estos órganos sensibles. El ideal para llenar este fin es el emplear un suero inmune, puesto que los sueros son los menos perniciosos de los agentes terapéuticos.

La única droga que ha demostrado algún grado de actividad eficiente es la hexametilamina; la que en si es germicida y tiene el mérito de penetrar en las membranas tanto como en la sustancia de la médula y del cerebro donde está depositado el virus. Pero los experimentos en monos han demostrado que esta preparación química es efectiva solo muy al principio en el curso de la inoculavción y solamente en un número de los animales tratados.

Los esfuerzos para modificar y mejorar esta droga por medio de procedimientos químicos, hasta el presente solo lo han consegu`do parcialmente. Los experimentos no han llegado todavía al punto en que nuevas drogas sean aplicables al tratamiento de los casos humanos de parálisis infantil.

DEDUCCIONES PRACTICAS Y SUS APLICACIONES.

1. El principal modo demostrado de la propagación del virus es por medio de los seres humanos. Si aun hay otros medios de diseminación son hasta ahora desconocidos. Según nuestros actuales conocimientos el virus sale del cuerpo por medio de las secreciones naso-faringeas, y garganta y en las descargas intestinales. Los portadores del virus comprenden a las personas enfermas de paralisis infantil en una o en varias de sus formas e independientemente de si están o no paralíticas y aquellas personas sanas que puedan haber sido contaminadas por asistencia prestada a los enfermos o asociación con ellos.

Es imposible conocer el número de estas personas. Pero todos los asistentes y las personas que han estado en contacto con el enfermo han de ser considerados como sospechosos Estos portadores sanos rara vez son afectados por la enfermedad; pero, sinembargo, ellos pueden ser la fuente de infección para otras personas. Por otra parte, el hecho de que la Parálisis Infantil rara vez es propaganda a otras personas en los hospitales generales ya sea a médicos, enfermeros o enfermos, indica que su manera de extenderse es-

tá sometida y restringida por las atenciones sanitarias observadas en dichos hospitales.

2. Los principales modos por los cuales las secreciones de la nariz y de la garganta se diseminan, son por medio del beso, la tos y el estornudo. De aquí, que mientras prevalece una epidemia de Parálisis Infantil debe tenerse especial cuidado en restringir su distribución tanto como sea posible al traves de estos medios conocidos. Habitos de abnegación; de cuidados y limpieza y consideración al bien estar público pueden servir de mucho, limitando los peligros, que pudieran venir por estas vías.

Además, puesto que la enfermedad ataca de preferencia a los niños muy pequeños e infantes en los cuales las secreciones de la nariz y de la boca son limpiadas por las madres o enfermeras; los dedos de estas personas son prontamente contaminados. Si estas personas prestan sus atenciones a otros niños o le preparan los alimentos, que pueden ser contaminados, el virus puede entonces ser llevado del enfermo a las personas sanas.

Estas condiciones prevalecientes en el hogar en el cual la madre asiste al niño enfermo y atiende a la vez a los otros niños, forma contraste directo con las condiciones existentes en un Hospital bien ordenado; las primeras son una amenaza—el hospital es una protección para toda comunidad. También es práctica en las casas tomar a los niños pequeños en brazos para confortarlos, a causa de lo cual no solamente las manos y los vestidos sino que otras partes del cuerpo de los padres pueden ser contaminadas.

3. Las moscas también recogen en la nariz y boca de los pacientes enfermos de parálisis infantil y se alimentan con las secreciones y aun se posan en las descargas intestinales, en las casas no protegidas con antiparas. Esto en relación con las moscas caseras, las que grandemente contaminadas con el virus pueden depositar este en la nariz y bocas de las personas sanas, o en los alimentos y utensilios de comer. Hasta que punto la picadura de la mosca de los establos puede ser incriminada como portadora de infección es dudoso; pero sabemos lo bastante para desear excluirla de toda relación con el enfermo y considerar una amenaza para los sanos los asquerosos insectos caseros.

Los alimentos puestos a la venta pública pueden ser contaminados por las moscas o por los dedos que han estado en contacto con las secreciones que contenían el virus; de aquí pues que los comestibles puestos a la venta pública deben ser protegidos de las moscas, y a las personas que han estado en contacto con los enfermos no se le debe permitir servir ni manejar alimentos para vender al público.

4. La protección del público puede ser asegurada mejor por medio del reconocimiento temprano de los enfermos y su aislamiento y por la vigilancia sanitaria de las personas que han estado en contacto con los enfermos, y que por necesidad están obligadas a salir de sus casas. Estas dos medidas pueden conseguirse sin demasiada moletia para las comodidades y derechos individuales.

En primer lugar, en aquellos hogares no adecuados para la asistencia del enfermo o que otros niños de la misma casa o otros niños de casas de familias vecinas estén expuestos; los padres deben consentir que sea llevados a un Hospital en bien del enfermo mismo, tanto como por el bien de los otros niños. Pero esta medida y cuidado de trasladar a un Hospital debe incluir no solamente los casos francos de parálisis, sino también las otras formas de la enfermedad.

En caso de un dignóstico dudoso debe recurrirse al Laboratorio aun en los casos mas benignos, en donde pueden descubrirse cambios en el fluído cerebro-espinal, obteniéndolo por medio de la puntura lumbar. Si se emprende una campaña para dominar la enfermedad, el aislamiento y la segregación de los enfermos, son medidas que deben ser incluídas tanto como sea posible. No hay duda de que en ciertos lugares el aislamiento puede hacerse tan eficazmente como en un hospital.

Lo que se ha dicho de la poca ocurrencia de casos de enfermedad entre el personal en los hospitales y entre aquellas personas con quienes están en contacto los enfermos, indica hasta que grado el cuidado personal del cuerpo por los adultos y personas responsables puede hacer disminuir la amenaza que constituye para la comunidad aquellos que accidental o inevitablemente están en contacto con el enfermo.

El cuidado que se tiene en no esparcir las secreciones de la nariz y garganta por el acto de escupir, estornudar y toser, el uso amplio de pañuelos limpios, la limpieza en las costumbres en lo que afectan especialment a las manos y cara, cambios de ropa, etc., todo debe servir para disminuir el peligro de la enfermedad.

En fin, el pronto descubrimiento y el rápido aislamiento de los casos de parálisis infantil en todas sus formas, con su acompañante la vigilancia de las familias de donde proceden, tendrán que ser consideradas como las principales medidas detener el progreso de la epidemia.

5. Menos que otras enfermedades, el grado de susceptibilidad de los niños y otros miembros de una comunidad para la parálisis infantil es relativamente pequeño y es definitivamente inferior al de tales enfermedades transmisibles como el sarampión, la escarlatina y la difteria. Este hecho en si mismo constituye una medida de represión, y aunque esto no debe ser un motivo para justificar por un momento el abandono de cualquiera de las medidas practicadas empleadas para limitar y destruir la epidemia, puede ayudar a calmar el estado de anciedad y pánico que se ha apoderado de una comunidad.

6. Un tanto por ciento de las personas, particularmente niños, mueren durante el período agudo de la enfermedad. Este tanto por ciento varía desde cinco, en ciertas epidemias severas, al veinte en otras. El promedio de mortalidad en muchas epidemias es menor del diez por ciento. El informe acerca de la alta mortalidad actual no puede considerarse sino aparentemente, porque las de-

funciones se registran todas, mientras que muchos casos de enfermos curados no han sido notificados a las autoridaddes sanitarias. En los actuales momentos durante el curso de la epidemia es demasiado temprano el calcular la proporción de mortalidad que pudiera después probarse ser considerablemente más baja que lo que ahora parece ser.

7. De los supervivientes una parte puede recuperar por completo la salud y no les ha quedado vestigio alguno de lisiamiento. Este número es mayor que el que generalmente se supone; porque incluye no solamente el número crecido de casos ligeros y abortivos, sino también un considerable número de casos los cuales más o menos en alguna época presentaban signos de parálisis. La desaparición de la parálisis puede ser rápida o gradual, puede ser completa en algunos días o puede durar varias semanas o meses.

Desgraciadamente no en pequeño número los restantes sufren de algunas deformidades más o menos permanentes. Pero aun en esta clase, el restablecimiento de la parálisis puede ocurrir de modo que ella no perjudica seriamente a la vida activa del individuo; en otros en que es mayor, puede ser corregida o reducida al minimum por medio de un tratamiento apropiado, con aparatos ortopédicos.

AÑOS PARA EL COMPLETO RESTABLECIMIENTO.

Pero lo que es importante tener en cuenta, es que el restablecimiento de las partes paralizadas y de la fuerza muscular y sus funciones es un proceso que dura un largo período de tiempo, es decir, meses y aun años. Un niño severamente paralizado que haya conseguido, poco restablecimiento funcional al terminar el período agudo de la enfermedad puede ir mejorando por semanas, meses y aun años, hasta que al fin restablesca en gran parte de sus lesiones. Afortunadamente sólo un pequeño número de los atacados permanecen irremediablemente inutilizados.

Lamentable como lo es que aun uno solo sea afectado de esa manera, sin embargo es un gran consuelo el saber que tantos se restablecen por completo y lo que al parecer es una parálisis permanente llega a desaparecer con el tiempo.

No existe hasta ahora ningún método seguro de inoculación preventiva o vacunación, y ningún método práctico de tratamiento específico. La prevención de la enfermedad tiene que ser llevada a cabo por los medios sanitarios generales; el restablecimiento de la enfermedad es un proceso espontáneo el cual puede ayudarse grandemente por medio de la asistencia médica y quirúrgica adecuada.

La Parálisis Infantil es una enfermedad infecciosa, debida a un microorganismo o virus, definido y específico; la curación se lleva a cabo por medio de un proceso de inmunización el cual tiene lugar durante el período agudo de la enfermedad.

La tendencia de la enfermedad es a la curación, y es solo cuando la parálisis envuelve aquellas partes del cerebro y de la médula

espinal que rigen las funciones respiratorias y del corazón cuando ocurre la muerte.

Finalmente debe añadirse que desde 1907, en cuya época tuvo lugar la gran epidemia de parálisis infantil, en este país no ha estado, el Estado no la ciudad libres de la enfermedad. Desde entonces todos los veranos ha ocurrido algún ascenso en el número de casos; el aumento rápido en el número de casos este año excede probablemente del de los años anteriores.

Pero debe recordarse que en 1908 ocurrieron miles de casos en la gran ciudad,—posiblemente muchos casos y muertes a causa de la enfermedad no fueron registrados como tales. Así pues, las experiencias actuales severas y serias como son, no constituyen nada nuevo. La epidemia ha sido severa en otras ocasiones y se la ha dominado.

El conocimiento acerca de ella es ahora mayor que en 1908, y los elementos de que dispone la ciudad para combatir la epidemia están probablemente mejor organizados y es mayor la cooperación general que antes. La perspectiva, por tanto, no debe considerarse desalentadora.

SUPUESTOS CASOS DE FIEBRE AMARILLA EN LA ISLA DE PUERTO RICO.

(Continuación.)

Los otros dos casos son: un joven que presenta síntomas de sífilis cerebral, tiene una intensa y constante cefalalgia, diplopia, en las conjuntivas se nota un tinte subictérico, ha tenido fiebre de marcha irregular, pero no raquialgia ni otras manifestaciones dolorosas en la zona abdominal. Ha tenido alguno que otro vómito de carácter bilioso. Los demás síntomas que presenta están de acuerdo con su estado sifilítico cerebral. Hago notar que la cefalalgia intensa de que sufre este enfermo la he podido observar en algunos casos después de la aplicación del 606, además de aparecer casi siempre en la infección sifilítica con manifestaciones cerebrales.

El tercer caso, verdaderamente infunde sospechas: no se precisa que haya tenido escalofríos, ni alta temperatura, la fiebre que hoy presenta es pequeña y no guarda relación con el pulso, que es lento y débil. No acusa cefalalgia, pero se nota en él cierta torpeza cerebral, teniendo la cara congestionada. Su lengua está algo saburrosa. Por lo demás no presenta ningún otro síntoma digno de mención, a no ser, según manifestaciones de los que lo asisten, presencia de albúmina en la orina, siendo esta escasa y bastante concentrada.

El cuadro que puede observarse en estos enfermos es de que ninguno de ellos ofrece los síntomas de la fiebre amarilla en ninguna de sus modalidades ni aun en las atenuadas e incompletas.

Cuando yo regresé a Puerto Rico concluída mi carrera, existía aquí una

extensa epidemia de fiebre amarilla y por interés médico y curiosidad científica visité uno de los sitios en que más casos se alojaban, el ''Auxilio Mutuo'' situado entonces en la calle de la Fortaleza.

Pude ver muchos atacados de esta enfermedad en distintos períodos de la misma, así como en algunas de sus variadas formas. Hay que convenir que todos tienen una faz especial más o menos acentuada según la intensidad del veneno y de la infección lo mismo que una agitación contínua que en casi todos se observa. Recuerdo perfectamente que los enfermos exhalaban cierto olor característico que me impresionó de tal manera en mis primeras visitas que me senti malo y tuve fiebre que me duró dos días.

El cuadro que presentan dichos enfermos me hace creer que no se trata de fiebre amarilla, repito, pero tampoco admito como el Dr. Font que quizás sean tributarios de una coli-bacilosis, pues no es esa la sintomatología que regula dicha enfermedad, ni la marcha que sigue la fiebre en esta afección y cuya marcha es casi la misma que sigue la de la fiebre tifoidea Ebertiana, cosa que no se ha observado en los enfermos en cuestión.

Yo, desde luego, no me atrevería a afirmar rotundamente que el tercero de los casos referidos antes, no sea de fiebre amarilla, pues todas las modalidades de una enfermedad no siempre se conocen y alguna puede sorprender a uno, pero en mí ha hecho una gran impresión en sentido negativo, la demostración hecha aquí por el Dr. Pedro del Valle, conocedor de esta materia, quien nos ha afirmado que en ninguno de los países que comunican con nuestra Isla existe actualmente dicha enfermedad, y en Puerto Rico, que yo sepa, tampoco existe ningún foco endémico de la misma.

Vuelve hacer uso de la palabra el Director de Sanidad, Doctor Lippitt, e informa que el señor Dunlevy murió el sábado por la noche después de haber estado tres días con una enfermedad cuyo principal síntoma era la suspensión de la orina, una anuria casi completa, que en unión del Dr. Francisco del Valle y del Dr. Lugo-Viña fué a visitar al Dr. Glines, médico que asistió al finado y preguntado por la causa de que había muerto el señor Dunlevy, nos manifestó que había muerto de ''nefritis hemorrágica'' después de tres o cuatro días de enfermedad. Pregunté al Doctor Glines si había visto algunos casos de ''fiebre amarilla'' y me dijo que sí, que había visto muchos casos. Entonces le pregunté si tenía alguna sospecha de que en este caso se trataba de esa enfermedad y me contestó que no podía abrigar la más mínima sospecha de que se tratase de esa enfermedad.

El Doctor Muñoz dice que lo que él diga realmente no puede tener todo el peso de las aseveraciones de los demás miembros que le han precedido en el uso de la palabra por dos circunstancias: Una de ellas, puede decirse que es de carácter histórico, porque yo no soy experto en fiebre amarilla. Cuando regresé a mi país ya no existía en él dicha enfermedad. Así es que yo no he visto casos de esa enfermedad, y lo segundo es que yo, por no encontrarme en casa esta mañana no he tenido la oportunidad de ver esos enfermos, sin embargo pienso ir mañana por la mañana a ver esos casos; pero de las referencias que han hecho aquí los demás compañeros que han sido bastante detalladas, y de lo que conozco teóricamente de dicha enfermedad, no estoy inclinado a considerar tales casos como de fiebre amarilla.

El Presidente pregunta al Secretario si en su carácter de médico desea hacer alguna información a la Junta. El Secretario, Doctor Lugo-Viña, mani-

fiesta que el caso del Sargento Lugo, le recuerda otros parecidos casos que había visto en la misma sala cuando era él, Capitán Médico del Ejército Voluntarios de los Estados Unidos; cuya enfermedad empezaba con sensaciones de escalofríos, fiebre alta, naucea, vómitos frecuentes, dolor de cabeza, constipación. Después de cinco días la temperatura descendía a la normal, con pulso bajo, ictericia y albuminuria. Dichos enfermos aparentaban un estado de gravedad pero siempre sanaron. El Major Médico del (los Estados) Ejército de los Estados Unidos, Charles Francis Mason,, Cirujano del Hospital Militar de San Juan cuando la ocupación llegó a convencerse de que esto era la enfermedad de Well, o sea ictericia infecciosa. Aquí tengo conmigo notas de un informe que desde Filipinas envió dicho Médico con fecha de Noviembre 15 de 1900 al Cirujano General en Washington. Dicho informe trata de las enfermedades observadas en Filipinas y de las enfermedades observadas por dicho médico en Puerto Rico, durante sus nueve meses de permanencia en el Hospital Militar de San Juan, P. R. El Doctor Lugo-Viña da lectura a una parte del informe del Dr. Mason. El Dr. Lugo-Viña cree como los demás compañeros de que no se trata de fiebre amarilla.

El Dr. del Valle (Francisco) dice que ha sido impresionado casi de la misma manera que los demás compañeros que le han precedido. Que el único caso que da lugar a dudas es el del Sargento Lugo. Los otros dos casos, uno de ellos ha recibido una inyección Russell y el otro es un sifilítico al que se le ha puesto el 606.

Ví un caso que se me dijo que había tenido escalofríos, pero en ninguno de ellos pude encontrar indicios de invasión brusca de la enfermedad cosa que es cuasi característica de la fiebre amarilla. Hay casos en que se siente malestar por algunas horas antes, pero casi siempre la invasión es brusca, repentina. Todos habían tenido nauceas o vómitos, pero uno de ellos atribuía ese hecho a un purgante que se había tomado, y además los vómitos pueden haber sido originados por otras causas. Sus encías estaban color de rosa, no ha habido hemorragias de ninguna clase, ni el tinte amarillo peculiar de la fiebre amarilla. Existe un síntoma sobre el cual se ha insistido y éste es la albuminuria. Si yo pudiera explicarme satisfactoriamente la presencia de albúmina, diría categóricamente que no se trata de fiebre amarilla, mis impresiones me inducen a creer que no lo son. Veo que la Junta está unánime en declarar que no se trata de casos de fiebre amarilla, aun cuando no parezca científico afirmarlo categóricamente, debido a que sólo se ha hecho una observación y a la condición de los riñones de estos enfermos, pero como quiera que el Doctor Muñoz no ha visto esos casos, sería conveniente que él los viese, antes de que la Junta diera su fallo definitivo en este asunto.

En virtud de las anteriores manifestaciones y con el fin de que el público se entere de lo que hay de cierto en los rumores que por la ciudad circulan, se tomó el siguiente acuerdo que deberá comunicarse al Director de Sanidad, y todos los periódicos de la Isla, así como al Gobernador de Puerto Rico.

La Junta Insular de Sanidad reunida en Sesión, después de discutir largamente acerca de los casos sospechosos que actualmente están bajo asistencia en el Hospital Militar, llegó a la conclusión de que los síntomas observados por los Médicos que forman la Junta y otros, llamados por su experiencia a juzgar de estos casos, no le permiten asentir a la idea de que se trata de enfermos de fiebre amarilla; mas tratándose de un asunto de gran importancia para la comunidad,

se ha acordado hacer una nueva visita a los referidos enfermos antes de dictaminar categóricamente.

Por lo demás, estando los casos bajo el cuidado de las autoridades médicas militares, perfectamente aislados y protegidos contra la posible acción de los Stegomias, no existe motivo de alarma; el público debe estar tranquilo y confiar en que se tomarán todas las medidas oportunas, si se confirmase el diagnóstico de fiebre amarilla, para evitar una epidemia.

ACTA DE LA SESION EXTRAORDINARIA DEL DIA 5 DE OCTUBRE DE 1915.

Presidencia del Dr. F. del Valle.

Se abrió la sesión a las 4:15 de la tarde, estando presentes los señores Doctor del Valle, Doctor Font y Guillot Doctor Muñoz, Doctor Carbonell, Lic. Monclova y el Secretario que suscribe.

Se dió lectura al acta de la sesión anterior la que fué aprobada.

El Presidente concede la palabra al Doctor Muñoz.

El Doctor Muñoz informa que en la mañana de hoy estuvo en el Hospital Militar acompañado del Doctor Esteban Saldaña y del Director de Sanidad con objeto de examinar los enfermos que se suponían atacados de fiebre amarilla.

Que examinó allí a tres enfermos uno de los cuales había sufrido una inyección Russell y que había tenido durante 48 horas la reacción de la vacuna, pero que hoy estaba perfectamente bien.

Otro es un sifilítico a quien se le aplicó una inyección de neosalvasan y al que se le está tratando por fiebre amarilla, cuando en realidad debiera dársele el tratamiento antisifilítico en el que se debe insistir.

Y por último, el caso del Sargento Lugo, único que merece alguna atención, se encuentra hoy sin fiebre, su pulso es normal, se ignora si su orina tiene hoy albúmina pues no se había determinado. Este enfermo presenta el cuadro de un verdadero caso de Dengue, faltándole el rash o exantema.

Además había dos casos nuevos uno de los cuales ha dado la reacción positiva de malaria; aunque tiene fiebre no presenta ningún síntoma que pueda indicar el diagnóstico de fiebre amarilla.

El Presidente Dr. del Valle pregunta al Dr. Muñoz si puede informar con respecto a la opinión del Dr. Esteban Saldaña.

El Dr. Muñoz manifiesta que el Dr. Saldaña ha estado completamente de acuerdo con él y afirma enfáticamente que no puede admitirse el diagnóstico de fiebre amarilla.

El Dr. Muñoz hace constar que el Sargento Lugo, aunque es procedente de San Germán y no de Lares como se había dicho, lleva en San Juan 16 años de residencia. Además manifiesta que de la autopsia practicada en el cadaver del cabo de la banda del Regimiento que falleció en el trayecto de San Juan a Carolina se encontró congestión en el estómago y en el hígado; pero que se le ha informado que el fenecido era un alcohólico crónico.

Por lo tanto, la Junta, oído el informe dado por el Doctor Muñoz, quien visitó hoy a los enfermos del Hospital Militar en unión del Doctor don Estebán Saldaña, siendo ambos de opinión de que dichos enfermos no tienen síntomas que justifiquen un diagnóstico de Fiebre Amarilla; y luego de informar los Doctores Font y Guillot y Carbonell que han vuelto a visitar en la mañana de hoy a los

enfermos en cuestión y manifestar que el estado de los enfermos hoy tampoco justifica un diagnóstico de Fiebre amarilla. En vista de estas razones y teniendo, además, en cuenta, que las noticias verificadas acerca de los enfermos de Cataño y de la causa de la muerte del cabo de la banda cuyo cadaver fué autopsiado ayer tarde, la Junta Insular de Sanidad por unanimidad declara que los casos que han motivado esta investigación, NO SON DE FIEBRE AMARILLA.

ACTA DE LA SESION EXTRAORDINARIA DEL DIA 10 DE NOVIEMBRE DE 1915.

Presidencia del Doctor F. del Valle.

Se abrió la sesión a las 415 p. m., estando presentes los señores Dr. del Valle, Dr. Carbonell, Dr. Font y Guillot, Dr. Muñoz Díaz, Lic. J. J. Monclova y el Secretario que suscribe.

Se dió lectura al acta de la sesión anterior, la que fué aprobada.

Informa el Secretario que ha recibido de la Dirección de Sanidad por el Sub-Director del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, Dr. H. R. Carter que vino a Puerto Rico codo Delegado ante el Servicio de Sanidad Insular para estudiar e informar acerca de los supuestos casos de Fiebre Amarilla en San Juan. Dicha carta dice así:

San Juan, Noviembre 10, 1915.

Honorable Director de Sanidad,
San Juan, P. R.

Señor: Después de examinar un considerable número de enfermos en varios hospitales y en casas particulares, así como las tarjetas clínicas de los Hospitales y estadística de mortalidad de San Juan, debo decirle que no he hallado fiebre amarilla en San Juan.

Existe un considerable número de casos de Dengue o parecidos a él. Muchos de ellos son Dengue típico, otros son atípicos y se creen sean de la llamada fiebre de los siete días de Leonard Bodgers—si es que no son una variedad del Dengue.

Respetuosamente,

(firmado) *H. R. Carter,*
Asst. Surgeon General, U. S. S. P. H. S.

El señor Presidente manifiesta que la opinión del Delegado del Gobierno Federal corrobora en todas sus partes el informe de la Junta Insular de Sanidad, la que, por unanimidad había declarado en su sesión del 5 de Octubre de 1915, que los enfermos del Hospital Militar NO ERAN DE FIEBRE AMARILA.

El Doctor Muñoz Díaz manifiesta que el 8 del presente y en la oficina del Director de Sanidad había cambiado impresiones con el Cirujano General del Ejército Doctor Gorgas y con el Delegado Especial Doctor Carter, y que se hallaban presentes los señores Médicos de la Beneficencia Pública de San Juan, Doctores Cueto, Monagas, Ross, Martínez Alvarez y García Cabrera. Tuvo opor-

tunidad de dar a conocer el historial clínico de varios enfermos de "Dengue" que recientemente había tratado y los Doctores Cueto y Ross y Monagas manifestaron que en tiempo de la dominación española en Puerto Rico habían asistido muchos casos de fiebre amarilla y que esta enfermedad ellos no la consideraban endémica en el país, y que cualquier caso sospechoso de fiebre amarilla que hubiesen tenido entre sus clientes febriles no inmunes, tanto en niños como en adultos, no hubiera pasado desapercibido para ellos.

El señor Presidente informó a la Junta que había asistido a la reunión para la que invitara el Doctor Lippitt, Director de Sanidad y a la cual asistieron el Doctor Font y Guillot, el Secretario Doctor Lugo-Viña y el exponente, en representación de la Junta Insular de Sanidad. A esta reunión concurrieron además los Doctores Pedro del Valle, E. Saldaña, King y Ashford. Que el objeto era cambiar impresiones con los Doctores Gorgas y Carter, comisionados por el Secretario de la Guerra y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

Varios de los concurrentes informaron acerca de los casos observados en el Hospital Militar y todos expusieron sus apreciaciones acerca de los casos que habían tenido en su práctica privada.

Respondieron a las preguntas que se les hizo por los Doctores Gorgas y Carter en el sentido negativo respecto de la existencia de fiebre amarilla y positivamente de la presentación de casos de Dengue. Esta reunión terminó dando las gracias los comisionados por los informes recibidos.

FUNDACION ROCKEFELLER.

La Comisión Internacional de Salud de esta institución benéfica ha designado una comisión especial para el estudio de la Fiebre Amarilla y medios de extinguirla totalmente del mundo; los comisionados han llegado a Puerto Rico procedentes de la costa del Pacífico para seguir viaje al Brazil y otros países americanos. Por ahora y a consecuencia de la guerra han pospuesto su visita a México, y hasta que pase el conflicto europeo no podrán visitar el Africa, a donde iran también a estudiar la enfermedad.

De los paises visitados hasta ahora sólo en Guayaquil han hallado un foco epidémico de fiebre amarilla. En Costa firme, reina una fiebre que alli se considera de aclimatación y que algunos creen ser una forma benigna de la fiebre amarilla, pero esta aserción no parece haber sido confirmada. La Comisión está compuesta por los Dres. Gorgas. Carter Witmore, Lyster y J. Guiteras. La Asociación Médica de Puerto Rico y la Academia de Medicina al conocer la llegada de los comisionados nombraron Comisiones que pasaron a saludar a estos distinguidos huéspedes, a quienes se les ha encomendado una de las empresas de más utilidad práctica para el porvenir de América. Conocer los focos de distribución de la fiebre amarilla, investigar concienzudamente el medio en que vive y se desarrolla el germen que la produce y procurar extinguirlo, constituye, a no dudarlo, un plan de un altruismo que sólo

es superado por el programa total que la Fundación Rockefeller está desenvolviendo desde que se creara.

Esta institución, motivada por la filantropía, persigue la más benéfica finalidad: Mejorar las condiciones físicas del hombre, extinguiendo las enfermedades que pueden affigirle. Su campo de acción es ilimitado, por cuanto el bien que procura por su acción se extiende a todas partes sin distinción de paises ni de razas. Es el propósito actruista más vasto que haya sido, concebido hasta el día. La ciencia médica y la humanidad deberán gran parte de su progreso y bienestar al rico bienhechor que lo fundó y mantiene, a Rockefeller, el millonario americano que con tanto sentido práctico y libertador sabe emplear sus riquezas.

Las representaciones de las dos Sociedades Médicas Portorriqueñas cumplieron su cometido en la tarde del 18 de Septiembre, visitando a los Comisionados, a los cuales presentaron sus respetos y dieron la más cordial bienvenida en nombre de la profesión Médica del pais.

—El lunes 25, la Asociación Médica dió una recepción en honor del distinguido Director de Sanidad de Cuba, Dr. J. Guiteras, para presentarle a los miembros de la profesión médica en Puerto Rico. Los demás comisionados habían partido para New York.

NECROLOGIA.

JOHN BENJAMIN MURPHY.

La ciencia médica ha perdido uno de sus más ilustres representantes americanos. El "Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico" lamenta la muerte del distinguido cirujano, y se complace en reproducir el artículo que firmado por J. W. Mayo, otro cirujano ilustre, aparece en "The Surgery Synecology and Obstetrics".

El doctor J. B. Murphy poseía aquellas cualidades intelectuales, físicas y morales que adornan a todo buen cirujano. Después de haberse graduado en "Rush Medical College", en 1879, y haber prestado sus valiosos servicios profesionales en "Cook County Hospital", se trasladó a Viena donde estudió bajo la dirección del maestro de los cirujanos, doctor Billroth a quien deben sus prestigiosos puestos muchos de los cirujanos de las Universidades Teutónicas. Otro de sus maestros fué Albert, profesor que no ha tenido rival en la manera de presentar lógicamente la Cirugía Clínica. Luego, guiado por el ardiente afán de ensanchar cada vez más sus vastos conocimientos, el doctor Murphy regresó a su país poniéndose entonces bajo la inmediata dirección o influencia del padre de la Cirugía Moderna en el Oeste, el doctor Christian Fenger, a quien como profesor de Patología Quirúrgica ningún otro superaba.

La reputación de un cirujano, en último término, debe basarse: (1) originalidad, (2) enseñanza verbal, (3) enseñanza escrita, y (4) juicio quirúrgico y habilidad operativa.

Poseía el doctor Murphy un cerebro fértil, de ideas origininales; su brillante imaginación quirúrgica le conducía a desviarse de las

sendas conocidas para entrar de lleno en nuevos territorios. Sus producciones, como aquellas de los grandes artistas, son todavía obras maestras. Hizo el laboratorio experimental un auxiliar de la cirugía, y cuidadosamente investigaba, por medio de sus experimentos con animales, cada uno de los detalles costructivos de su trabajo, antes de aplicarlo al hombre.

Como maestro de cirujía, en mi concepto, no tenía igual. Presentaba los hechos de una manera clara y lógica; progresivamente iba entrando en aquellos más o menos faamiliares hasta que nos conducía, por medio de su genio quirúrgico, a descubrir nuevas verdades.

Como escritor fué siempre prolífico. Su primer trabajo escrito trató de la Cirugía Abdominal. El "Botón Murphy" nos enseñó a resolver muchos problemas relacionados con la Cirugía Gastro-Intestinal. Su mono-grafía "Ileus", todavía levanta un monumento a su habilidad científica. La historia de la cirugía del apéndice, pelvis, parte superior del abdómen y de los riñones es una prueba evidente de su gran genio. Escribió también sobre cirugía de los pulmones, y sistema nervioso. En 1898, pronunció un brillante discurso en Denver, y dedicó ols últimos años de sa vida en escribir sobre cirugía de los huesos y ligamentos, contribuyendo de esta manera a la fundación de la cirugía moderna.

El doctor Murphy fué hábil como operador; poseía un juicio recto, humano, sano, puro y perfecto.

La profesión quirúrgica lamenta la pérdida de su genio director, reconociendo que durante su carrera profesional, hizo más que cualquier otro cirujano contemporáneo.

LUIS AGUERREVERE.

En Agosto último dejó de existir el doctor Luis Aguerravere a consecuencia de penosa y larga enfermedad que le había alejado de la práctica profesional, en la cual se había conquistado un nombre por su ciencia y por su caridad.

El "Boletín de la Asociación Médica" lamenta la pérdida del distinguido médico, y envia a sus deudos sentido pésame.

ELIE METCHNIKOFF.

En Julio 15 falleció en París el profesor Metchnikoff. El Boletín de la Asociación había publicado ya su edición trimestral, cuando la Prensa dió cuenta de esta sensible pérdida; por eso, es que hasta hoy no se había asociado al homenaje universal, tributado a la memoria de tan eminente sabio.

La obra científica del ilustre fenecido es muy conocida. Su brillante mentalidad, consagrada al bien común, estaba unida a una

sincera convicción de lo que la experiencia y la observación le descubría; así, le vemos, que para probar que el microbio de una enfermedad no puede determinarla sin que exista la predisposición orgánica necesaria, tragarse un cultivo del cólera sin que sufriera las consecuencias que eran de esperarse, si su organismo hubiese estado predispuesto. Veinte años hacía que era miembro del Instituto Pasteur y ni un solo instante su ciencia y su bondad de carácter dejaron de ser la admiración de todos los que le trataron.

DEMOSTRACION DEL PIROPLASMA BIGEMINUM EN PUERTO RICO.

Nota preliminar.

El 24 del corriente mes de septiembre, previa autorización del Honorable Director de Sanidad, Dr. Lippitt, solicité los servicios del Dr. Varas, veterinario del Departamento, para que en unión del Ledo. J. Loubriel, ayudante del laboratorio del Instituto de Medicina Tropical e Higiene, investigara el estado de una vaca, propiedad del Dr. Batista, que según este sufría de una enfermedad extraña.

El Dr. Varas y el Ledo. Loubriel, se trasladaron a la finca donde se encontraba el animal y el Sr. Veterinario, después de un detenido examen, emitió la opinión de que probablemente se trataba de un caso de fiebre de Texas, de forma atipica.

Siguiendo mis instrucciones tomáronse las muestras de sangre bajo rigurosas condiciones asépticas, y me fueron entregadas para su análisis.

Teñidas estas muestras, primeramente con el colorante de Leishman y más tarde con otros diferentes reactivos, por todos y cada uno de ellos pude revelar en las distintas láminas un extraordinario número de parásitos endoglobulares, de 0.10 a 0.5 micras, en forma de cocos, algunos en forma de pera, apareados en cada hematíe, y portando muchos glóbulos rojos hasta cuatro parásitos.

La morfología del parásito, en relación con la procedencia de las muestras y la opinión del Dr. Varas sobre la sintomatología que acusara el animal, háccnos creer que el organismo que hemos revelado es el Piroplasma Bigeminum o Babesia Bovis, no demostrado hasta ahora en Puerto Rico.

Nos proponemos continuar el estudio de esta epizootía y tanto de este caso, que terminó por muerte y cuyo historial clínico así como el informe de la autopsia practicada será presentado en su oportunidad por el Dr. Varas, y de las investigaciones subsiguientes informaremos más adelante.

Damos las gracias al Dr. Lippitt por su cortesía y a los señores Varas y Loubriel por la inteligente y valiosa cooperación que nos han prestado.

Dr. P. Gutiérrez Igaravídez.

Director del Instituto de Medicina Tropical
e Higiene de Puerto Rico.

Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

1917.

Presidente: Dr. Gabriel Villaronga,
Ponce, P. R.

Vice Presidente: Dr. Jorge del Toro Cuevas,
San Juan, P. R.

Secretario: Agustín R. Laugier,
San Juan, P. R.

Tesorero: Dr. Jacinto Avilés,
San Juan, P. R.

CONSEJO

Dr. José Gómez Brioso, San Juan, P. R.

Dr. W. A. Glines, San Juan, P. R.

Dr. Pedro Gutierrez, Igaravidez, San, Juan, P. R.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PTO. RICO
ORGANO OFICIAL
PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECVIVA

AÑO XIII MARZO 1917 NUMERO 114

EDITORIAL

LIMITACION DE LA PROLE

Dr. F. del Valle Atiles

El objeto de este artículo es considerar el tema de la limitación de la prole, desde un punto de vista médico; ver cuando se puede, profesionalmente, alentar o por el contrario se debe reprobar la propensión a sugetar las concepciones al imperio de la voluntad; pues es sabido que la satisfacción del apetito sexual y la reproducción, su fin natural, pueden hallarse en conflicto, no ya por motivos egoístas, sino también por razones relacionadas con los más altos intereses sociales, con la conservación de la salud y la vida de la mujer y con la protección a que tiene derecho el producto del acto de la generación.

El problema es complejo; un mismo acto, como ocurre con frecuencia, cambia de aspecto según que lo inspiren motivos plausibles o censurables; de modo que no sería justo condenar en absoluto la práctica de la esterilidad voluntaria. Los motivos de un hecho varían al infinito; recordamos que estando en París, hace ya algunos años, platicábamos con una señora acerca de este tema: y al decirle que había conocido un matrimonio que tuvo 18 hijos, hizo un ademán despectivo, al propio tiempo que decía: "Oh eso es una grosería"; para ella era incompatible la delicadeza con tantos embarazos. Si se expresaba así por un refinamiento de costumbres de la vida parisién, o inspirada por sincera conmiseración hacia la mujer que suponía extenuada por las repetidas molestias y peligros de numerosas gestaciones, no lo sé. Me inclino, sin embargo, a creer, que el pensamiento de esta señora respondía a la influencia del medio; y que tanto era una protesta contra la desconsideración de que es objeto una mujer que se la somete a tan numerosos partos; como contra la inhabilidad para prevenir los resultados del ejercicio de las funciones genésicas.

Francia ha sido el país en donde más se ha hecho notar la esterilización voluntaria aún en el estado matrimonial; la progenitura de los connubios franceses se limita a uno o dos hijos en el 24 y 22 por

ciento respectivamente de las familias. La natalidad, como en otros países de Europa, ha ido decreciendo y el mismo hecho se ha comprobado también en América, lo cual preocupa seriamente la atención de los gobiernos y de los pensadores.

Sin entrar en consideraciones acerca del aborto artificial motivado por el deseo de ocultar un desliz, trataremos el asunto en relación con otros móviles, porque es sabido que hay un buen número de casadas que por distintas razones no desean tener hijos y no dudan en procurarse el aborto. Nos apresuramos a conden ar esta práctica, cualquiera que sea la edad del embrión, tanto por lo que tiene de ilegal e inmoral, cuanto por los efectos deletereos que las drogas y las manipulaciones empleados para abortar pueden causar en la mujer. ¿Quién no ha tenido que atender en su práctica algún caso de aborto artificial, a causa de que los medios empleados para provocarlo pusieron en peligro la vida de la madre?

El médico puede provocar el parto prematuro en casos perfectamente definidos; que son todos aquellos en que por este medio se salvan la vida de la madre y a veces la de esta y de la criatura; de igual modo pues entendemos que pueden existir razones para que un facultativo aconseje el aborto artificial del propio modo que no debe esperarse tener que recurrir a operaciones a causa de estrecheses muy considerables de la pelvis. ¿Porque dejar a una enferma sufrir todas las molestias de una preñez que agrave su pobreza de salud, o anticipar, acaso su muerte; y en último término que nazca un niño muerto o sin vitalidad destinado a llevar una vida de miserias?

Sería una sentencia muy absoluta afirmar que en ningún caso es lícito promover el aborto; puede discutirse, según los casos el derecho que tenga una mujer para disponer del embrión que lleva en su matriz; pero no cabe ignorar a los efectos del aborto artificial, las circunstancias en que se produce la concepción; pues cuando esta no es el resultado de un acto voluntario, de un mutuo consentimiento, la impregnación violenta, forzada de la mujer, representa una imposición insoportable; contra la cual se rebela el buen sentido y pide que se remedie el mal causado, aunque el remedio sólo pueda ser parcial.

Y si tenemos en cuenta el interés de la comunidad, no cabe dudar, que se impone como un deber el evitar que sea viable el producto de la concepción de una loca, idiota o neurapata, que ha de ser necesariamente un niño infeliz, degenerado, que vegete en el mundo como un parásito dependiente de todos, o que viva la vida del crimen o de la prostitución y tenga por destino final un asilo, una prisión o un burdel. Y llegará el día en que no sólo en estos casos se reconozca el aborto como un bien, sino que tal concepto se extenderá tam-

bién a los productos originados voluntaria o involuntariamente por gérmenes intoxicados con las libaciones de una orgía presidida por Baco.

Para nosotros no cabe duda de que en los casos citados un médico que posea conocimientos de su arte, que sepa aplicarlos con prudencia y que tenga un sentido moral altamente cultivado, obraría en conciencia promoviendo el aborto artificial después de un estudio completo del caso. La cuestión está en no interrunpir caprichosamente, ni por motivos inmorales el desenvolvimiento de un embrión, lo que, aunque no fuese ilegal sería de igual modo reprobado por la profesión.

Y pasemos ahora a estudiar el asunto de la limitación de los hijos obtenida por la esterilidad voluntaria.

Es innegable que por regla general las familias pobres tienen más hijos que las acomodadas; y que en las últimas es en donde se reclutan más partidarios de la esterilidad voluntaria. "La riqueza de los pobres son los hijos" es un adagio, aunque solo en parte, verdad; prolífica virtud que obedece a causas varias, en cuya enumeración no entraremos. Entre las gentes que poseen algo, y a causa de las múltiples crecientes exijencias de la vida moderna, ya posean algo o mucho, hay un número de familias que no desean tener numerosos hijos.

Antes de todo, debemos protestar contra el consejo frecuentemente dado hasta por algunos médicos, al tratar jóvenes que padecen de alteraciones de su salud, anemia, clorosis, afecciones nerviosas, especialmente histeriformes, y que consiste en recomendar el matrimonio como panacea de dichos males; lo absurdo de la recomendación se comprueba muy pronto después de cumplida. No son pocos los casos en que esta prescripción facultativa dada así, con tan poca lógica, ha ocasionado el que se agravasen los mismos males que se pretendia curar, complicándolos un parto que añadiendo debilitación al organismo de la esposa, trajo a la vida un ser raquítico y enfermizo; aumentándose la infelicidad de la madre y haciendo el hogar desgraciado.

Hemos tratado de demostrar que el aborto artificial como el parto prematuro puede ser un procedimiento médico autorizado dentro de la más escrupulosa moral; y de ello podemos deducir que el consejo facultativo para producir la esterilización temporal o definitiva también lo es en casos precisos y bien definidos; en virtud del principio general de que es mejor prevenir que tener que remediar.

Apresurémonos a decir que hablamos desde el punto de vista médico; es decir que nos referimos a los casos en que exista una inconveniencia evidente para la procreación normal de hijos normales;

pero de ningún modo aprobamos la práctica caprichosa de desfraudar la fecundación por el empleo de medios anticoncepcionistas; primero por ser inmoral cuando no está justificado, segundo por ser contrario a la salud cuando se practica indiscretamente y tercero porque estando los medios que impiden la fecundación más al alcance de las personas ilustradas, dejado su uso al criterio individual, se corre el riesgo de que disminuyan los productos que son más de desear; sea los descendientes de padres mejor calificados para la reproducción de la especie, mientras que la masa común sigue multiplicándose ilimitadamente; lo que viene a ser, por de contado, contrario al fin que se propone el neomaltusianismo; o sea el mejoramiento de la especie por la calidad.

Por todo lo que llevamos expuesto, y sabiendo que está bastante extendido el conocimiento de medidas que impiden que la cópula resulte fecundante, parece mucho mejor que sea el médico quien las recomiende, seleccionando las más racionales a fin de evitar el empleo de drogas, medios mecánicos, y arbitrios contra natura repugnantes; los unos perjudiciales a la salud, y los otros capaces de llevar la inmoralidad al seno del hogar.

Informar acerca de este asunto como médicos y si es necesario, producir la esterilidad definitiva no es impropio ni inmoral, cuando las circunstancias lo justifican; y como médicos sabemos que hay épocas en que no es conveniente que ocurra el embarazo; y existen casos en los que de un modo permanente están indicados los medios radicales como la dislocación de las trompas o la obliteración de los conductos seminales para impedir daños seguros.

Reconocido que es laudable el intento de mejorar el mundo, no puede negarse que de igual manera que todos los deseos emanados del individuo pueden exijir en ciertos momentos su represión, el deseo de reproducirse no está exceptuado de esta regla; el anhelo de verse reproducido no es siempre cuerdo; y el querer impedirlo tampoco. Para fijar cuales son los casos en que se debe alentar ambos deseos nadie como el médico para decidir en cada caso particular si la fecundidad es un bien y la esterilidad un mal. Eurípides, no sin falta de razón, dijo: "Es una feliz desgracia no tener hijos". De modo que si los apóstoles del anticoncepcionismo se hubieran mantenido dentro de una propaganda razonable, este movimiento no sería impugnado por muchos.

Hay peligro indudablemente en poner un arma en manos de un niño o de un amoral; pero el arma usada por personas llegadas a la razón y por hombres de sentido moral cultivado, no solo no es peligrosa sino que es útil. La regulación de los nacimientos es un arma

que manejada razonable y moralmente puede influir favorablemente en los intereses de raza. Se cita a este propósito a Holanda, en donde, se asegura, que después de puestas en práctica las medidas anticoncepcionistas, han disminuído los crímenes, el pauperismo y las enfermedades. No lo dudamos; pero es muy posible que el mismo hecho causara en una sociedad poco escrupulosa y de costumbres laxas daños y no beneficios. Nuestra vida social demanda cantidad y calidad combinadas de hombres con misiones distintas; por eso nos parece que la labor del higienista cuando lucha por el mejoramiento de las viviendas de los pobres, por la impección sanitaria de la leche, por el seguro social, por todo lo que sirve para mejorar las condiciones actuales de vida, y el sociólogo que persigue el ideal de una educación generalizada y completa, están trabajando por el bien social e influyendo indirectamente para que la cantidad no disminuya inconsiderablemente y para que se eleve su tipo general.

Y cuando el médico se pone al servicio de la idea de prevenir la concepción en los casos de tuberculosis, de enfermedades del corazón, desórdenes mentales y otros, cumple con un deber en beneficio de la sociedad de que forma parte. Hasta aquellos que como el Dr. F. Monlau, condenan en absoluto la esterilidad voluntaria, convienen en que por la generación se trasmiten algunas condiciones psicológicas y morales, los vicios y las monstruosidades primordiales, imbecilidad, idiotismo, como consecuencia de la transmisión orgánica; y *reconoce que la higiene presta al individuo, a las familias y a la sociedad servicios importantes al dar preceptos y consejos para reprimir el desenvolvimiento de los principios morbosos hereditarios, corrigiendo la constitución física de los linajes y purgando la población de las vicios que tienden a deteriorarla* y como todo esto es cierto, no vemos razón alguna para que el médico niegue su consejo cuando sabe que por un medio preventivo se pueden evitar tantos males.

No cabe negar que el asunto tiene varios aspectos; médico, moral, económico y legal.

El aspecto médico del problema lo hemos expuesto, y es una cuestión de sentido común y de honorabilidad resolver cuando el número de hijos puede comprometer la vida de una mujer y cuando están presentes otras circunstancias que aconsejen las prácticas esterilizantes.

No creemos que una consideración de orden económico deba influir en todos los casos en las decisiones del práctico; pero no se puede desconocer que un matrimonio que solo cuenta con medios limitados, se crea una situación difícil para sí y para sus hijos cuando estos son muy numerosos; desde luego mejor sería en estos casos hacer de la educación de la voluntad el agente moderador de los ímpetus del instinto sexual.

Desde el punto de vista moral, la práctica de impedir la concepción libremente autorizada llevaría a un relajamiento de las costumbres no ya en las casadas, sinó en las solteras cuyo uso es freno para mantenerse puras sin el temor a la preñez.

Desde el punto de vista legal, el código señala penas para los feticidas; penas justas en muchos casos. Hoy con motivos de la propaganda anticoncepcionista que se lleva a cabo en muchas partes, se han dictado en algunos estados leyes prohibiéndola, y en otros se autoriza. Este asunto es delicado para resolver, pues envuelve una cuestión de derecho y de libertad en la cual hay que medir hasta donde se ejerció por la sociedad o por individuos como perjurar al derecho y a la libertad de otros. Los defensores de la propaganda anticoncepcionista presentan argumentos que tienen algún valor, pero los que se oponen no lo hacen sin fundamento. Nosotros entendemos que el día en que la educación haya realizado todos sus fines, la razón desarrollada hará posible la continencia en unos casos, la esterilidad voluntaria en otros, sin inferir perturbaciones físicas ni morales en la familia ya fundada sobre bases de mayor esterilidad.

Después de lo expuesto parécenos perfectamente claro que el médico puede y debe en ciertas ocasiones tratar de armonizar el derecho natural del hombre a satisfacer el apetito sexual, con los derechos de la otra parte necesaria para esta satisfacción, y con los de la sociedad a defenderse de malos efectos del ejercicio de aquel derecho.

Hay circunstancias en las cuales no puede dudarse de la legitimidad de limitar los nacimientos o impedirlos en absoluto.

Se trata de un matrimonio en el que una de las partes está enferma pero puede curarse, es razonable instruirlo en los métodos apropiados para evitar la fecundación mientras dure la enfermedad.

Se trata de un matrimonio en el que la mujer por alguna razón que no admite dudas, se expone a perder la vida a causa del parto, es un deber instruirla en el modo de evitar la concepción.

Se trata de un matrimonio en el que una de las partes o ambas están constituídas orgánicamente de modo que positivamente procrearan criminales, alienados o inválidos y con gentes que razonan debe enseñárseles a usar medios anticoncepcionales.

Por último se trata de individuos psicopatológicos, incapaces de resistir a sus impulsos, o de comprender y someterse a los dictados de la razón, el médico deberá estar autorizado a usar medidas radicales de esterilización definitiva.

Terminemos diciendo que la actuación del médico en estos casos debe descansar en su carácter moral antes de nada; que la sociedad en que ejerce ha de poseer una educación racional extendida en virtud

de la cual la salud, la inteligencia, los sentimientos, el carácter en una palabra esten desarrollados en la mayoría y por último donde la selección de la calidad de los gérmenes sea un hecho vulgar en la reproducción de la especie.

OJEADA SOBRE LAS CAUSAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN PUERTO RICO. (*)

Dr. José S. Belaval.

Señores: Leyendo el informe anual de la Dirección de Sanidad correspondiente al año próximo pasado, entre otros datos de gran interés que en el pudimos recoger, nos llamó especialmente la atención la mortalidad infantil que alcanza una cifra considerable. Teníamos entendido que esta cifra era elevada, más nunca pudimos creer que llegase a las proporciones que ha llegado, razón por la que nos permitimos ocupar la atención de Uds. esta noche con asunto de tan vital interés.

Si nos detenemos a observar que en este último año pasado han fallecido en Puerto Rico 9948 menores de dos años, veremos que nuestra cifra de natalidad que alcanzó en este mismo año a 45.590 queda reducida en un 21.80% de su totalidad. Este desastroso tronchamiento de vidas en criaturitas indefensas y débiles, que solo poseen el instinto de la conservación de la vida, y por ello procuran el alimento que les hace caer víctimas de crueles dolencias, es verdaderamente entristecedor, y mucho más cuanto que, las enfermedades que reclaman mayor porciento en esta cifra de mortalidad infantil son en su mayoría procesos morbosos de etiología definida, que son evitables, y que tenemos la obligación moral de prevenir.

De estas 9948 defunciones corresponden a la

Falta de cuidado	118
Tosferina	119
Meningitis	248
Malaria	329
Tétano neunatorum	726
Raquitismo	822
Debilidad congénita	1138
Bronquitis y pneumonias	1517
ENTERITIS	3454
Otras enfermedades	1477
Total	9948

Si agregamos a esta cifra los 3548 natimuertos, nos dará un total

---

* Leído ante la sesión científica de la Asociación Médica del Distrito Norte, Marzo 13, 1917.

de 13.496 niños menores de dos años perdidos en un solo año; es pues necesario estudiar con detenimiento las causas que cooperan en esta destrucción de niños en los albores de su vida, causas que en nuestro pobre juicio pueden reducirse a las siguientes:

1º—La indigencia en que viven nuestras clases proletarias.
2º—La ignorancia materna en la puericultura.
3º—Deficiente atención médica del niño por la beneficencia municipal.
4º—Falta de caridad social organizada.

La primera de estas causas o sea la pobreza, al igual que en el mundo entero constituye también en nuestro país la causa principalísima de la mortalidad infantil, así vemos que hemos perdido 1,138 niños de debilidadad congénita, causa directamente imputable al empobrecimiento del organismo materno por mala alimentación y deplorables condiciones higiénicas en que viven la gran mayoría de las clases trabajadoras. Nosotros, médicos que venimos obligados a estar en contacto con todas las clases sociales, nos son perfectamente conocidas las privaciones a que están sometidas las mujeres embarazadas de las clases menesterosas; ellas están obligadas no solo a llevar a cabo la ruda labor de toda madre sino también a trabajar para librar su subsistencia, y aún a privarse del necesario alimento para darlo a sus hijos.

Todos sabemos que es frecuente entre esta clase que el hombre abandone a la mujer cuando sale embarazada, para que ella provea para su subsistencia, mientras él busca otra que le sustituya, aumentando así los sufrimientos morales de la infeliz víctima, que queda en deplorables condiciones de indigencia.

Por otra parte, la falta de previsión es constante en todas nuestras clases sociales, en Puerto Rico son muy pocos los que proveen para el mañana; costumbre más arraigada aún en las clases obreras que viven al día, unos por que derrochan buenos salarios, y otros por que apenas ganan lo suficiente para vivir, pero lo cierto es que sus familias están en la mayoría de los casos en verdaderas condiciones de pauperidad, y sus hijos son insuficientemente alimentados, con productos de pobre calidad, mal preparados, y peor cocidos, y de ahí que las enfermedades gastro intestinales reclamen tan alto porciento en la cifra de mortalidad infantil.

La ignorancia materna de la puericultura. Las necesidades de la vida son cada día mayores y nuestra educación actual tiende única y exclusivamente a preparar a nuestras niñas para la lucha material por la existencia, se las instruye en la ciencia y en las artes, pero se olvida lastimosamente su misión primordial que es la

maternidad, y así tenemos que nuestras mujeres llegan a esta hermosa época de su vida sin preparación de ningún género, ignorantes por completo de las funciones fisiológicas que están destinadas a cumplir; y desconociendo los más rudimentarios principios de la higiene de la infancia. De esta suerte y a pesar de toda la buena voluntad y ternura que caractetiza a nuestras madres puertorriqueñas, ellas no pueden cuidar inteligentemente a sus hijos, y así observamos que disminuye la lactancia materna, y se le sustituya por alimentación artificial, que los niños son insuficiente o excesivamente alimentados, que son vestidos en general, atendiendo más a la estética que a la eficiencia del traje, y que se da más atención al consejo de cualquier vecina ignorante que a la prescripción del médico etc. etc., causas todas que vienen de un modo involuntaric pero directo a aumentar necesariamente la morbilidad y mortalidad infantil.

Y ya que hemos tocado el problema de la lactancia materna y de la alimentación artificial, lo consideramos de tanta importancia, que hemos de hacer alto aquí por un momento, para discutir las causas que a nuestro juicio inducen constantemente a la disminución de la lactancia en Puerto Rico. Desgraciadamente compañeros no puedo ofrecer a Uds. datos fijos sobre este particular, pero mi observación particular me lleva a creer que el 70% de los recien nacidos son artificialmente alimentados.

¿A que obedece esta disminución de la lactancia? *Primero* a las exigencias sociales en las personas de posición desahogada que no les permite dedicar tiempo suficiente a tan importante problema, *segundo*, a las condiciones de nuestra vida moderna que obliga a la mujer menos favorecida por la suerte, a dedicar sus esfuerzos y energías en otras direcciones, abandonando sus funciones fisiológicas normales que necesariamente van atrofiendose, *y por último*, por que poco a poco nos hemos ido acostumbrando a la idea de la alimentación artificial, y aún nosotros los médicos, nos creemos justificados por motivos de poca importancia, a aconsejar el abandono de la lactancia por la alimentación artificial con todos sus graves inconvenientes y peligros.

Tengo el pleno convencimiento de que todos los distinguidos compañeros que nos hacen el honor de escucharnos, están de acuerdo conmigo, huelga pues poner de manifiesto ante Uds. las ventajas que todos conocemos de la alimentación natural del niño, pero precisa que no nos dejemos arrastrar por las conveniencias sociales de nuestra clientela, precisa que volvamos nuestros pasos atrás y que cuando una madre intente interrumpir la lactancia sin una razón justificada, hagamos resaltar de un modo claro todas las ventajas de ésta, y los gravísimos peligros de la alimentación artificial; ayudé-

mosla con nuestros consejos y prescripciones a conservar o mejorar su secreción láctea, en favor y beneficio de su tierno hijo.

El problema de la alimentación artificial del niño en Puerto Rico es ciertamente pavoroso, las ventajas que al parecer ofrecen la fácil preparación y conservación de la leche condensada, han generalizado de tal modo su uso, que hoy día constituye la base de la alimentación artificial del 80% de los niños no lactados. Este extensivo consumo es a nuestro entender una causa más y una causa poderosa de los desarreglos gastro intestinales de la tierna infancia. El público no se da cuenta de ello, por que ve crecer aparentemente gruesos y robustos en sus primeros meses a los niños alimentados con leche condensada, pero nosotros sabemos que esa robustez es ficticia, y que esos niños son organismos anémicos y débiles, organismos que no resisten los procesos morbosos más leves, y que se resienten intensamente durante el periodo de prueba de la dentición; y sabemos positivamente también, que esos niños son candidatos al raquitismo por que la tan preconizada leche condensada no contiene los elementos necesarios para la nutrición del niño.

Se nos arguirá quizás que este consumo de leche condensada es un mal necesario debido a la escasez y mala calidad de la leche fresca de vaca, pero me voy a permitir estar en desacuerdo con esta opinión, por que aún cuando nnestra producción de leche fresca no es todo lo buena que debía ser, lo cierto es, que ha mejorado y que la Sanidad continúa laborando en ese sentido; pero es necesario reformar nuestras leyes y castigar severamente a los adulteradores de leche, exigiendo de nuestras cortes de justicia que sean implacables en la aplicación de las penas, porque la persona capaz de adulterar un producto que constituye nada menos que la base principal de la alimentación de la infancia y de los enfermos; es un criminal empedernido y desalmado, que por lucrar su bolsillo, asesina cobardemente a centenares de niños indefensos llevando el dolor y la desesperación al seno de muchos hogares. Admitiendo pues que nuestra producción de leche fresca no es todo lo buena que debiera ser, aún así somos partidarios decididos del uso de la leche fresca de vaca modificada de un modo sencillo, por que ella es el alimento que más se asemeja a la leche materna, y por lo tanto el mas adaptable a sustiiuirla en aquellos casos que sea necesario; y somos opuestos al uso de la leche condensada como base de la alimentación artificial de la infancia, por que nuestra práctica nos ha enseñado que el extensivo uso que de ella viene haciéndose en Puerto Rico, contribuye a aumentar nuestra morbilidad infantil, es pues necesario que nos impongamos una tarea educadora, que hagamos una verdodera cruzada en

pro de la lactancia y en contra de la alimentación artificial, y realizaremos por medio de ella una obra redentora para la niñez, contribuyendo de una manera lenta pero segura, a reducir la morbilidad y mortalidad infantil.

Deficiente atención médica del niño por la Beneficencia municipal. Todos sabemos cuan abandonada tenemos la práctica de de pedriatria en Puerto Rico entre los niños pobres, todos sabemos que esas criaturitas desvalidas de toda ayuda, están condenadas a morir en los brazos de sus inexpertas madres víctimas de los cuidados y consejos indiseretos del vecindario ignorante e intruso, y una prueba de ello la tenemos en esa constante mortalidad que reclama el tétano neonatorum que en este último año alcanzó a 726 defunciones; comparemos esta cifra con la de 361 o sea la mortalidad infantil por esta misma causa habida en toda el área de inscripción en los Estados Unidos en el año 1913, y que abarca una población de más de 63,000 000 de habitantes, y nos convenceremos que es doloroso que en Puerto Rico nos dejemos arrebatar año tras año un número tan crecido de recien nacidos, por enfermedad tan cruel como evitable.

¿Es acaso que por que el país es prolífico apreciamos menos las vidas de esas infelices criaturitas? ¿Es a caso por esta razón que contemplamos impávidos esta mortandad cuando todos sabemos que ella es reducible a cifras casi insignificantes? La adopción de métodos sencillos llevados a cabo con espléndido resultado en Cuba, en donde la mortalidad infantil por esta causa fué reducida de un 9 a un ½ por 10,000 en pocos años, nos demostrará cuan negligentes hemos sido hasta hoy' y nos permitimos proponer, que esta asociación llame la atención de nuestra legislatura, a fin de que provea al departamento de Sanidad de los medios necesarios para que ponga en práctica, el reparto general del paquete de cura umbilical del Dr. Finlay, que tan brillantes resultados ha producido en nuestra Isla hermana, y cuyo éxito no dudamos sería igual aquí si le acompañamos de otras medidas de orden sanitario.

Por otra parte aunque queremos creer en la buena fe de los municipios, admitiendo que todos tienden a tener una beneficencia pública eficiente, ocurre sinembargo que todos sus esfuerzos han sido siempre encaminados a auxiliar al enfermo adulto, olvidando a las criaturas menesterosas; y así vemos que el municipio de San Juan que es uno de los que presta mas atención a su beneficencia pública, ha construido grandes hospitales para la asistencia médico quirúrgica de los adultos, ha construido hospitales para mujeres públicas, para crónicos incurables, mantiene un asilo de ancianos, y por último ha llegado a construir un manicomio municipal; obras todas que hacen

honor al municipio de San Juan, y nada más lejos de nuestro ánimo criticarlas; pero si contrasta nuestra vista que en medio de tantas instituciones benéficas, los niños, los pobres niños que han de formar la base de nuestra sociedad futura, esos han sido lastimosamente olvidados año tras año sin que el municipio haya provisto para ello un local adecuado al tratamiento de sus enfermedades especiales.

Y no es que no se haya llamado la atención de la corporación municipal sobre este particular, por que ya en mi informe al Hon. alcalde de la ciudad en el año 1912 al 1913 cuando ocupaba el puesto de Director de los Hospitales, sugiré la necesidad de hacer ciertas reformas en el hospital de medicina que permitian instalar una sala para el tratamiento de las enfermedades de los niños.

Poco hubiera sido ésto, pero era al menos el comienzo de un servicio benéfico cuya necesidad imperiosa sentimos todos grandemente, pero mi sugestión paso desapercibida, y los hospitales municipales continuan hoy como ayer huérfdnos de servicio tan importante; existe en ellos unicamente un pequeño cuarto coń cuatro camas donadas por corazones magnánimos, en donde se recluyen un número ínfimo de niños que son allí tratados como adultos; y en el entretanto, las infelices criaturas cuyas dolencias requieren mas que ninguna otra cuidados especiales, asistencia asidua e inteligente en instituciones apropiadas, continuan aun abandonadas en sus casas, cuidadas por personas inexpertas sin medios algunos con que seguir las prescripciones facultativas, ni condiciones de inteligencia la más de las veces para comprenderlas y llevarlas a cabo; y éste es el problema que años tras años vienen confrontando nuestros compañeros los médicos titulares cuyos esfuerzos en pro de una buena asistencia médica para el niño son absolutamente estériles.

Y si esto ocurre en San Juan, ¿qué no pasará en el resto de la isla? Pensemos en ello y nos abrurarémos de pena. pensemos por un momento en un pobre niño enfermo y menesteroso careciendo de atención médica adecuada. de alimento apropiado, y envuelto en sucios y húmedos arapos, y tendremos ante nuestra vista la verdadera situación por que atraviesan los niños pobres enfermos en Puerto Rico, situación que viene a explicarnos la exhorbitante cifra de mortalidad infantil a que ya hemos hecho mención.

Falta de caridad social organizada: Es en verdad doloroso, que ante este cuadro de miseria permanezca nuestra caridad social completamente sorda e inactiva. ¿Por que? por que el remedio está en un trabajo social caritativo contínuo, y pertinaz, y en Puerto Rico solo sabemos hacer la caridad espasmódicamente. Nuestra sociedad se conmueve cuando se entera, como ocurre hoy, que han muerto

unos cuantos niños de sarampión en pocos días, cuando aparece la viruela, la peste bubónica, cuando se habla del aumento de la tuberculosis, enfermedades todas de carácter contagioso que espantan al público, y le excitan a cooperar con las autoridades sanitarias y la profesión médica para erradicarlas; y esto lo hacen por que temen a los resultados desastrosos de esas dolencias de carácter contagioso que arrebatan un gran número de personas en corto tiempo, y sinembargo todos nosotros sabemos, y nos lo demuestran las estadísticas, que esas enfermedades contagiosas que tanto aterran a la sociedad; la temible plaga blanca incluida entre ellas, solo han causado en toda la población de Puerto Rico en el año 1916 al 17 una cifra de 4,350 defunciones, en tanto que la mortalidad de las enfermedades de la infancia ha alcanzado la cifra de 9918 en menores de dos años.

Veamos cuan abrumadora es ésta comparada con la anterior, y si tenemos o no razón sobrada para dar la voz de alarma, e invitar a esta asociación a prestar su cooperación decidida, a la brillante campaña iniciada por los Drs. Briosos y Gutierrez Igaravidez, para interesar al público en favor de obra tan benéfica y caritativa como es un hospital de niños. Es necesario despertar en Puerto Rico esa filantrópica costumbre tan arraigada en el pueblo americano, de perpetuar el nombre al morir legando a las generaciones futuras alguna obra benéfica, alguna obra que haga recordar aquel nombre como el de un bienhechor de la humanidad.

Trabajemos todos para que esta iniciativa del Hospital de Niños no sea estéril, que no sea una de las tantas convulsiones espasmódicas de caridad a que nos hemos referido, sino que por el contrario ella cristalice en una bella realidad con base firme y permanente; unámosnos todos y pregonemos alto, pero muy alto, que nuestra mortalidad infantil es exagerada, y que debemos disminuirla a costa de cualquier sacrificio, que por muy grande que sea, siempre resultará infinitamente pequeño si por el logramos aliviar los sufrimientos de esas pequeñas víctimas, y reducir de un modo eficaz nuestra morbilidad y mortalidad infantil.

LAS CLINICAS DEL HOSPITAL MUNICIPAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

~~MENINGITIS PULMONAR~~ Meningitis tuberculosa

Dr. A. Martínez Alvarez.
Médico Interno.

Caso No. 4017.

El día 18 de octubre de 1916, recibimos una paciente en estos Hospitales, con el diagnóstico de afección gripal.

Sus generales son como sigue: M. R. viuda, de 23 años de edad,

de color blanco, sirviente de oficio, natural de Caguas, residente en San Juan. Llega en un estado de semiconsciencia.

Historia de familia. Obtenida por referencia de segunda persona es como sigue: La madre murió de tuberculosis pulmonar; estuvo casada un año pero su esposo murió de hemoptisis. No ha podido precisarse de que murió el padre.

Historia pasada. Obtenida de la misma fuente; reza como sigue: Ha padecido de oxiuriasis, y de catarros frecuentes. A excepción de lo ya expuesto nunca ha estado enferma anteriormente.

Historia presente. Estuvo bien hasta hace cosa de dos semanas en que empezó a sentir fuertes dolores de cabeza y en todas las articulaciones; más tarde se recogió con fiebre y calofrío; el dolor de cabeza ha ido creciendo por momentos hasta hacerse insoportable. Cuando llegó al Hospital se quejaba de dolores de vientre también. Exhalaba a veces gritos desgarradores, y a medida que avanzaba el mal, el estado de semiconsciencia fué convirtiéndose en un estado de inconsciencia completo. Dos días antes de morir, dominó el cuadro un periodo de coma y algidez cnmpleta.

Exámen físico.

Joven mujer, aparentemente fuerte, las pupilas bilateralmente dilatadas; se conservaron dilatadas hasta los últimos días en que se contrajeron Estrabismo constante y convergente, permaneciendo el globo del ojo derecho inmóvil y en dirección hacia el ángulo interno; se observó que había nistagmo, síntoma que no fué constante, presentándose dos veces durante el curso de la dolencia.

El pecho.

No pudimos observar absolutamente nada a la inspección, percusión, ni auscultación.

El corazón. Normal.

El abdomen. Vientre adolorido hacia la región hipogástrica, pero lo notamos flácido.

Pulso.

Siguió a la curva febril, correspondiendo a sus fluctuaciones, no excediendo nunca de 100 pulsaciones por minuto, habiendo habido sin embargo, una subida de 120 pulsaciones dos días antes de morir, acompañando a la curva térmica en ese momento. Al dia siguiente ambas curvas mantuvieron un gran descenso.

La temperatura. Se sostuvo casi siempre en 38, oscilando entre 37-6 y 38-4. La más alta temperatura fué registrada dos días antes de morir en que el termómetro marcó 38-6, descendiendo rápidamente y en armonía con el pulso, o sea, el 24 de octubre, dos días antes de morir. De aquí en adelante, el descenso fué progresivo hasta la muerte.

La respiración.

Nunca pasó de 24 ni bajó de 18 por minuto.

Examen vaginal.

Leucorrea abundante.

Otros síntomas que fueron presentándose.

El de Kerning, dermografia, retracción del cuello, fatofobia, disminución de sensibilidad al tacto y dolor en las piernas; contracciones musculares bielaterales en las extremidades inferiores que se extendían después al cuerpo, marcándose más en la pierna izquierda que en la derecha.

Datos de Laboratorio. Dr. Giuliani.

Reacción Widal. Negativa. Fué practicada el dia 23 de Oct.

Examen citológico no pudo ser llevado a cabo por no permitirlo la gravedad de la paciente.

Examen de la sangre.

(a) Por malaria. Negativa.

(b) Para contaje diferencial y computo leucocitario.

Leucocitosis, polinucleosis.

Examen de las heces fecales. Uncinariasis.

Examen de las orinas. Datos más salientes.

(a) Químicos. Por albúmina, positivo, 0.10 x 000.

Densidad, 1919. Sales biliares, positivo. Indicanuria, exceso.

(b) Microscópicos. Por sedimento. Numerosos cilindros granulosos e hialinos; hiperleucocituria; debris.

Diagnóstico. Meningitis tuberculosa.

Discusión del caso.

Los doctores López Sicardó, Giuliani y el que suscribe nos fundamos en el diagnóstico emitido por las razones siguientes:

(a) Por la historia de familia.

(b) Por la aparición de los síntomas siguientes: nistagmo, estrabismo, dolores de cabeza que no estaban en relación de intensidad con el proceso; reacción pupilar.

(c) La falta de armonía entre los síntomas meningeos intensos, la pequeña rección termo-cardio-respiratoria,

Nos afianzamos más en el diagnóstico antedicho, por la sucesión de síntomas que aparecieron en el cuadro final; cuyos fueron: Kerning, dermografia, reacción Widal negativa, retracción del cuello y síntomas motores de irritación cortical.

Tratamiento. Sedantes, aplicaciones heladas a la cabeza, eliminantes y desinfectantes de las vías intestinales, baños de inmersión y estimulación por la vía hipodérmica.

La muerte acaeció el día 26 de octubre.

Dictamen de la autopsia practicada por el Dr. Giuliani.

Abierta la cavidad craniana, pudimos observar que existían adherencias entre las membranas y el hueso, y entre las membranas y el encéfalo; en la proximidad de estas adherencias, hallamos multitud de tubérculos miliares esparcidos en otras partes pero unidos y numerosos en las membranas y corteza encefálica.

Estos tubérculos escaseaban mucho en la base. Existía un líquido ambarino y ligeramante turbio, en cantidad, aumentando como en cuatro volúmenes sobre la cantidad normal. Notamos alrededor de las zonas corticales castigadas por la presencia excesiva de tubérculos, una zona de hiperemia intensa.

Los datos patológicos descritos hicieron que nuestras sospechas de diagnóstico fueran convirtiéndose en una realidad, que como sabemos, no es posible determinar en nuestro país muchas veces en estos casos, por las dificultades que se presentan para la consecución de las autopsias.

Torax.

Inspeccionamos la cavidad toráxica y fuimos asombrados al encontrar numerosas estructuras caseosas miliares que no correspondían con la negatividad absoluta de síntomas que pudiéramos referir a nuestras observaciones clínicas sobre esta cavidad. Al corte del pulmón, este órgano, dejaba exudar un líquido aereado ligeramente y llamaba la atención la congestión generalizada, sin consolidaciones. La pleura estaba adherida en varios sitios y cubierta de tubérculos. Estas condiciones se encontraron mas intensificadas en el pulmón y pleura izquierdo que derecho.

El corazón. El pericardio mostraba gran cantidad de líquido entre sus pliegues.

Peritoneo.

Esta serosa estaba también invadida por los tubérculos miliares ya descritos, dándonos una explicación de los dolores abdominales que lograron despistarnos algún tanto al principio de la enfermedad.

Examen microscópico.

Cortes hechos de estas estructuras miliares al ser examinadas al microscopio, presentaban muy raras veces bacilos de Koch, pero la trama celular era característica.

El diagnóstico post-mortem fue el de una afección tuberculosa miliar generalizada.

Conclusiones:

En este caso concurren ciertas circunstancias que lo hacen interesante.

1º—Por la edad del paciente.

2º—La forma clásica en que se desarrolla la curva gráfica cardio termo-respiratoria.

3º—El hallar en la autopsia más interesados por la lesión las zonas corticales que dominan los movimientos de las extremidades inferiores, y el corresponder estos hallazgos con los síntomas clínicos de irritación cortical.

4º—El encontrar multitud de tubérculos en la parte de la corteza del encéfalo y meninges y no encontrarlos apenas en la base; circunstancia esta que da el nombre a esta afección de meningo basilar tuberculosa.

5º—El no haber podido sorprender el menor signo clínico en los pulmones, hallándose estos órganos invadidos de tubérculos.

Nota: **MENINGITIS TUBERCULOSA** y no *Menginitis Pulmonar* es como debe leerse el diagnóstico que sirve de epígrafe a este artículo.

LAS CLINICAS DEL HOSPITAL MUNICIPAL
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

NEOPLASIA DEL CIEGO (*)

Dr. J. Avilés

Médico Cirujano Honorario

En una de las sesiones anteriores de esta Asociación Médica del Distrito Norte, tuvimos la ocasión de referir muy a la ligera la exposición clínica quirúrgica de un caso de oclusión intestinal originada por una anomalía congénita del intestino delgado (Divertículo de Meckel)

Hoy nos ha decidido volver de nuevo antes de Uds. por considerar de interés otro hecho anátomo patológico encontrado en el intestino grueso de una mujer, siendo también de importancia el tratamiento quirúrgico llevado a cabo, seguido por un resultado satisfactorio.

Ya las estadísticas nos ilustra sobre estos buenos resultados ulteriores, derivados por igual tratamiento operatorio.

Se trata en este caso, de una neóplasia del ciego, obliterando la luz del órgano, acompañado de un proceso inflamatorio del colon ascendente y parte del transverso, bandas plásticas con gran hiperemia, aprisionando todas estas porciones del intestino.

Las neoplasias del ciego, ofrecen gran dificultad para su diagnóstico pre-operatorio; algunos síntomas se confunden con los de otras dolencias del aparato intestinal, especialmente aquellas del intestino grueso, con particularidad las del ciego.

(*) Caso referido y presentado el specimen patológico ante la Sesión científica de la Asociación Médica del Distrito Norte, Marzo 13, 1917.

Aún los mejores clínicos se equivocan en presencia de lesiones de este género. Nosotros confesamos, que llevamos nuestra enferma a la mesa de operaciones, con un diagnóstico equivocado (invaginación del colon descendente) he aquí nuestra historia clínica:

Paciente R. V. admitida al servicio de medicina el 28 de noviembre 1916. Trasladada al Departamento de Cirugía el 30 de noviembre. No. de orden 4207, sexo hembra, edad 21 años, de color moreno, estado soltera, profesión doméstica, natural de San Tomas, residente en Puerta de Tierra.

Historia familiar. Negativa.

Historia pasada. Pasó varicela cuando pequeña. Tuvo su primer periodo a los 13 años. Siempre fueron abundantes hasta que tuvo hijos que desde entonces fueron muy escasos. Siempre le venían con dolor hasta que tuvo su primer hijo, en que después no los ha vuelto a tener. No ha tenido abortos. Ha tenido dos hijos. Los hijos los dió a luz bien. No ha tenido que sufrir ninguna operación hasta la presente. Tuvo fiebre por dos ó tres días después del último parto. El último parto lo tuvo el 29 de mayo de 1916. Nunca recuerda haber tenido un ataque igual al del presente. Hay historia de flujos vaginales. No hay hemorroides.

Historia presente: El domingo dia 26 se empezó a sentir el estómago malo con *ocupación* (propias palabras) y entonces tomó un purgante de aceite ricino con miel de abejas. Además de su *ocupación* se sentía estreñida hacía algunos días. A las dos horas de haberse tomado el aceite le empezó un dolor que lo localizaba en el estómago y al lado *izquierdo*. Dice que no podía estar tranquila y que al tomar cualquier alimento o agua vomitaba. Hubo vómitos amarillos y verdosos, pero líquidos. El dolor era intenso y constante. Se le aliviaba ligeramente al aplicarle fomentos calientes. Dice ella que el dolor le empezó después de haber hecho operación el purgante. Le pusieron una enema en su casa y lo único que operaba era sangre. Llegó el martes al Hospital y seguía con el dolor que se aumentaba por momentos. Se le aplicó otra enema y no evacuó. Se le aplicó una inyección de morfina y se alivió pero poco.

Examen físico: Faz ansiosa. Las piernas en flexión. Paciente intranquila y quejándose en fuerte angustia.

Pecho y corazón normales.

Abdomen: Flanco derecho, sin reacción muscular que notar.

Cuadrante superior derecho hipocóndrico, en iguales condiciones; no se nota sino una sensibilidad al tacto y presión en estas regiones.

Región epigástrica, sin resistencia muscular, pero sensible al tacto también. Se nota al explorar el flanco izquierdo una masa libre,

cilíndrica, movible, dolorosa a la presión, suave y de contornos regulares. Esta masa yace en sentido longuitudinal y paralela a la línea media. Su posición y extensión en el flanco izquierdo correspondía a las regiones hipocóndrica-umbilicar y se extiende hasta la iliaca izquierda.

Es de notar que el hacer la localización de la masa, ésta se separa como a tres pulgadas hacia a la izquierda de la línea medi a umbilicar.

Exámen rectar externo: No hay homorroides.

Exámen de orina: Reación: Acida: Color ambarino, trazas muy marcadas de albúmina. Glucosa: negativa. Sales biliares: positiva. Pigmentos biliares: negativo. Al microscopio: numerosos cilindros hialinos y granulosos. Epitelios variados.

Otras estructuras son normales.

Discusión del caso: Vieron el caso conmigo los Drs. Barbosa, López Sicardó y Martínez Alvarez. El Dr. Barbosa y el que suscribe opinan que se trata de una invaginación intestinal aguda; aseguránse en este diagnóstico por los siguientes puntos. Ausencia de fiebre. Presencia de una masa cilíndrica. Agudeza del proceso. Localización de la masa, síntomas gastro-intestinales. Estado general de la enferma. Recomiendan la operación.

Los Drs. López Sicardó y Martínez Alvarez, opinan en la misma forma, pero creen que debe tratársele médicamente por algunas horas más. Así se hace y se espera 24 horas.

La enferma no se mejora y se decide operarla.

Diagnóstico provicional: Intususcepción intestinal.

Intervención quirúrgica: Se abre el vientre y fluye un líquido sero sanginolento de la cavidad abdominal. Nos dirigimos a la flexura sigmoidea y la masa no se encontró en esa situación. Se inspeccionó la fosa iliaca derecha y se encontró el ciego inflamado y aumentado en volúmen. Acompañaban al ciego en ese proceso inflamatorio, el colon ascendente y transverso. Estos tres segmentos del canal intestinal, estaban aprisionados por bandas plásticas con gran hiperemia, notándose que una de ellas más potente, producía una extrangulación parcial del colon ascendente como a dos pulgadas de su orígen, produciendo una anteroversión del ciego. El apéndice era voluminoso y participaba del proceso inflamatorio, además de tener como unas cinco pulgadas de largo. Se notó cierta dureza sospechosa del ciego; pero no encontramos linfáticos ni glándulas infaltadas.

Diagnóstico quirúrgico: Neoplasia del ciego, proceso agudo inflamatorio y bandas plásticas.

Técnica operatoria: Se hizo la resección del ciego, colon ascen-

dente y parte del colon transverso. Se desbridaron las bandas y por último se hizo la anastomosis del ileo con el colón transverso en sus partes laterales, empleando en la técnica operatoria el botón de Murphy.

Curso post-oprratorio seguido por los tres primeros días, con ligeros vómitos, algún timpanismo, décimas de fiebre, evacuaciones líquidas. Solamente tuvo un signo especial de notarse, el pulso frecuente, 122 por minutos, no guardando relación con la temperatura.

Este signo ha sido estudiado y observado en resecciones del intestino grueso, cuando ellas son de la magnitud como en el presente caso.

El resultado post-operatorio fué satisfactorio y la enferma salió del hospital bien.

Examen patológico: Presencia de celulas fibrosas.

Pospscript.—(31 Marzo 1917) la mujer continúa en buenas condiciones de salud.

EL SARAMPION

Dr. Josá Gómez Brioso

Este exantema febril ha estallado con caracteres epidémicos en nuestra ciudad de San Juan y se extiende a varias importantes localidades de la isla.

La epidemia ha tomado proporciones extraordinprias, sobre todo en los distritos de Puerta de Tierra y Santurce. La difusbilidad del veneno es tal, que podemos asegurar que en algunos lugares del dicho barrio de Puerta de Tierra no ha quedado hogar libre del azote, y donde entró no dejó niño sano. Claro está que a esto ha contribuido el hacinamiento en que viven las familias en dicho distrito; así como la mortalidad ha obedecido a las condiciones de debilidad orgánica de los enfermos, antecedente a la enfermedad.

En Santurce se ha extendido el brote epidémico mucho, aunque con menor intensidad que en el suburbio antes mencionado, debido, sin duda, a que la habitación está mas diseminada en area más amplia, y a que por esta misma circunstancia el comercio social es ménos íntimo, menos frecuente.

En San Juan, no ha hecho estragos la enfermedad en la misma proporción que en los otros distritos, no obstante, la disposición de las habitaciones de alquiler y el tipo de la casa de vecindad.

Nuestra observación personal nos permite afirmar que ésta epidemia, ya dominada, ha sido fatal para un número notable de niños por

las condiciones especialísimas de la población infantil. Un grupo de concausas muy vario ha determinado que esté bajo el índice de resistencia orgánica, y estos enfermitos, son los que han llenado con sus nombres los registros de defunción.

Pocos, contados, excepcionales son los casos en que hayan podido comprobarse los fenómenos activos, intensos, de un brote exantemático violento de la enfermedad infecciosa. La toxicidad del envenenamiento se ha manifestado con la lenidad con que generalmente se ha visto siempre en este clima el exantema, poco marcado, apareciendo con franqueza y retirándose con celeridad, en pocas horas sin que el que el proceso de descamación haya dado tiempo para comprobar la sucesión de fenómenos que la clínica señala. Los mismos fenómenos catarrales no se han ofrecido con marcada intensidad, no ya en la mucosa bronquial, sino que tampoco en la intestinal, dando motivo para recordar el Sarampión interno de Bouchut.

Con arreglo a nuestra noticia, en la inmensa mayoría de los casos no se han presentado complicaciones morbilosas dentro del cuadro de lucha aguda, sino que las causas de la terminación fatal de la enfermedad fueron observadas por sus efectos en el ciclo más o menos difícil del periodo de reparación. De este modo los niños empobrecidos, bajos de resistencia, o con padecimientos anteriores a la enfermedad fueron víctimas de la exacerbación de los mismos, o de las dificultades creadas por una alimentación deficiente, envenenada, o impropia para sus facultades digestivas. En los niños es sabido que la regla de prudencia para un diagnóstico seguro, es interrogar antes que a ningún otro aparato al gastro-intestinal. Así vemos que un número de casos notable lo dan las enteritis, gastro-enteritis, entero colitis, diarreas, etc. las que han influido para la terminación fatal de la enfermedad, unidas a otros afectos catarrales de las mucosas bronquial, auditiva, nasal, y sus secuelas las afecciones por trastornos de la nutrición, que han abonado el campo para la presencia de ciertos elementos parasitarios o bacterianos, a los cuales hay que culpar de haber contribuido a la cifra de uno y cuarrenta centésimas por ciento que se estima como cifra aproximada de mortalidad de ésta epidemia.

Hanse notado varios casos de complicaciones diftéricas, y gangrenosas de la boca y de los órganos genitales en los mismos, así como algunos de convulsiones eclámpticas en el inicio de la enfermedad y en su terminación. Algún caso de nefritis albuminosa se ha comprobado complicando la infección sarampionosa, así como algunas laringitis y que han hecho sospechar una infección difterica, y, otitis medias de seria importancia.

Importa consignar en estas notas breves como síntesis de la ob-

servación, que el sarampión que ha visitado la mayoría de muchos hogares, y ha causado tantas victimas no ha presentado caracter de gran virulencia sino que por el contrario ha sido leve, aunque de gran difusibilidad. Ha causado mayores estragos porque ha caido sobre una población depauperada racialmente y de baja resistencia a los venenos exteriores; y por un número de concausas que se refieren a una dietética irregular y pervertida, a la mala calidad de los alimentos, a una higiene mal dirigida y a carencia de habitaciones higiénicas y apropiadas para luchar con las inclemencias exteriores.

Entendemos que son estas consideraciones dignas de discusión por nuestra Asociación Médica, pues ellas son de utilidad para la higiene general de la población.

NOTA complementaria al trabajo del Dr. J. Avilés, sobre la neoplasia del ciego: La pieza anatómica fué sometida a un exámen con objeto de investigar bilharziosis, el resultado negativo; un trocito de intestino fué incluído en celoidina y los cortes microtómicos revelaron un proceso inflamatorio crónico hiperplásico.

ES LA ENTERITIS TROPICAL UNA MONILIASIS DEL TUBO DIGESTIVO? (*)

Por el Dr. Bailey K. Ashford

Mayor, del Cuerpo de Sanidad Militar de los EE. UU.

Si existe un estado que, más que otro alguno, llama la atención del práctico en las ciudades y pueblos de Puerto Rico, es sin duda la afección, tan indefinida como difundida, a la que, arbitrariamente, se ha dado el nombre de *indigestión fermentativa*, la cual, acompañada de un estado de palidez más o menos acentuado, ataca a todos sus habitantes, de toda posición y en especial a las personas acomodadas.

El médico prueba, uno tras otro, y sin provecho alguno, sus favoritos digestivos, ensaya y desecha uno a uno, sus preferidos tónicos, usados siempre a favor de la fe que siempre inspira una preparación elegante que promête mucho y sólo promete resultados psíquicos de efímera duración. Tarde o temprano se adquiere el convencimiento de que en la mitad de los clientes se trata de una afección que es esporádica solamente en los paises septentrionales donde tuvo su comienzo.

A principios del 1909, en mi tercer viaje a Puerto Rico, pues los dos primeros tuvieron afortunadamente por objeto el tratamiento de la uncinariasis en los campos, pronto me convenci de que se trataba de una afección poco común en el Norte, donde estudié Medicina y rara en los distritos rurales de la isla, en cuyas ciudades constituía, por contraste, la nota patológica dominante. Poco después tuve oportunidad de observar algunos casos típicos de enteritis lo cual hizo que le prestara más atención a su estudio teniendo por objeto determinar la naturaleza de su causa. Determiné proceder primaramente al estudio clínico completo de la enteritis tropical y en segundo lugar, efectuar una inspección médica en algunas partes con el fin de estudiar su epidemiología, ya que pronto me convencí de su contagiosidad.

Pero llegó el momento en que los casos de indigestión fermentativa, no sólo eran más numerosos que los de enteritis sino que se asemejaban tanto al cuadro de la enteritis que hacían dudar cuando comenzaba ésta y cuando terminaba aquélla. Muchas veces un caso de esa especie constituía la manzana de la discordia entre los médicos consultantes y no se hacía un diagnóstico.

(*) American Jour. of Trop. Dis. and Prevent Med. Vol. III, Nº I, Julio 1915, pp. 32-46.

Para ser mas gráfico transcribiré la siguiente historia: "Doctor he sufrido durante algunos años del estómago (significando el aparato gastro intestinal.) Todo lo que ingiero me disgusta y ahora sólo puedo tomar leche y huevos crudos con vino de Jerez. Encontrándome muy débil, he comido bien para fortalecerme pues, mi apetito es excelente pero resulta que después de la comida, no solo me siento más débil que antes sino que me encuentro extraordinariamente lleno. Estoy sofocado por los gases y a veces tengo fuertes diarreas con irritación." Ese estado se denomina por el pueblo lego: *descomposición del intestino*.

Ahora bien irritación no es una expresión sajona. He empleado más tiempo en formarme una idea clara de la irritación que de cualquiera otra palabra española. Con frecuencia significa ardor en la orina; una dama española dice: *me siento irritada*, dando a esa palabra un sentido físico en vez de emocional. Expresa que ha sufrido una supresión de sus secreciones, su boca está seca, quizás quemante. Experimenta cnal si su tubo intestinal estuviera en el mismo estado; la orina subida de color, quizás urente, y sobre todo, ha perdido su agilidad, a veces se encuentra, febril, decaída y sin voluntad. He observado que esos síntomas están lejos de ser raros en este país, pero de esos casos nacen regularmente y, por débiles gradaciones, los casos de verdadera enteritis q. constituyen una señal de alarma para los que designan generalmente ese estado como autointoxicación o biliosidad o indigestión. La irritación bucal llega a ser estomatitis, al principio ligera; la indisposición intestinal se convierte en una diarrea blancuzca, fétida, espumosa, que dura de una a ocho semanas. La palidez ligera tenía aspecto de acentuada anemia y la pasajera sensación de decaimiento se convierte en autointoxicación, con vértigos, confusión de ideas, pérdida de la memoria y gran debilidad. No podría decir cuantas personas pobres o acomodadas, en Puerto Rico, sufren con mayor o menor intensidad de ese estado de irritación gastro-intestinal fermentativa.

Basta decir que constituye la nota dominante entre las afecciones comunes de las ciudades y pueblos de la isla. Muchos de esos estados quizás no tengan nada que ver con la enteritis tropical. De eso tengo la seguridad. Pero me ha parecido que muchos son el principio de lo que llamamos enteritis tropical, inclinándome, cada vez más a creer que es la fase terminal de un estado que puede desaparecer antes de alcanzar serias proporciones, dominable a favor de un tratamiento simplemente dietético. He preferido describir como lo he hecho, el comienzo de la enteritis o, mejor dicho, su forma atenuada, antes que, sugerir la creencia de que el enfermo pasa infaliblemente del primero al segundo y de éste, al tercer periodo.

Existe una variante de alguna importancia, afortunadamente no común, aunque característica. Algunos enfermos de enteritis bien acentuada, sostienen resueltamente que su afección data de una violenta *descomposición intestinal*, después de haber comido una naranja antes del desayuno (o después, que es lo mismo,) o de una copiosa comida de puerco asado o de algún otro alimento inofensivo. Algunas veces he visto sobrevenir la muerte en pocos días, a causa aparentemente de indigestión que médicos notables calificaron de envenenamiento por los alimentos. En esos casos, se encuentra la *Monilia*, aunque no se pudo practicar la autopsia. Por último, aunque de no menor importancia, ciertos casos de entero-colitis aguda febril, en niños pequeños. terminan en enteritis típica sin gradación alguna.

Mi experiencia respecto a la enteritis, data de fines de 1908 y los casos sobre que se basan mis deducciones pueden agruparse del siguiente modo:

1º—Casos, clínicamente de enteritis, en los cuales no se efectuó cultivo de productos bucales ni de heces, y que pertenecen al periodo anterior al descubrimiento de la Monilia 117

2º—Casos que pudieran considerarse como la enteritis aunque pertenecientes al mismo periodo antes dicho.....................124

3º—Casos, clínicamente de enteritis, en los cuales se encontró la nueva Monilia.... 49

4º—Casos de una serie de afecciones gastro-intestinales, entre los cuales había algunos casos dudosos de enteritis.............. 89

Total....... 379

Hasta el dia, el diagnóstico de la enteritis requería la presencia de cuatro condiciones cardinales:

1º—La lengua típica.

2º—Meteorismo.

3º—Deposiciones características.

4º—Atrofia hepática.

Actualmente puedo manifestar que la enteritis es completa sin esas condiciones, pues el tiempo y la observación de los casos me ha enseñado que existe, en realidad; la lengua de enteritis, el vientre de enteritis y la enteritis completa, como dice Bahr, y una sucesión de manifestaciones, desde el intestino a la lengua y al contrario, desarrollables en el más breve tiempo. Por lo mismo, el cuadro clínico depende de la porción del trayecto que se encuentre más sobrecargada. En un caso típico, en estado grave, un día la diarrea puede ser copiosa y la lengua estar suave y de color normal; al día siguiente, no hay diarrea y la lengua es de un color rojo intenso, rugosa y tan adolorida que dificulte el hablar.

ENTERITIS TIPICA

Generalmente, después del anterior cuadro de indigestión gastro-intestinal fermentativa y a veces sucediendo inmediatamente a una repentina gastro-enteritis aguda, con vómitos, fiebre y diarrea, el enfermo se queja de pérdida en el peso, de debilidad, boca adolorida, de diarrea blancuzca, profusa y sobre todo de un estado que le preocupa mucho, pues es el mas molesto, dice que está *lleno de gases*.

La lengua.—Con frecuencia es pequeña aunque no tanto como algunos autores dicen. Lo característico es la desaparición gradual de las papilas del triángulo anterior y de los bordes, su aspecto rugoso y descamado, en los períodos de actividad; su suavidad, palidez y brillo, en los períodos de calma. A veces este proceso afecta toda la porción visible del dorso y se extiende por los bordes y cara inferior del órgano, produciendo arrugas y grietas profundas. Con dicho estado de la lengua o sin él, aparecen aftas en las mejillas, en las caras superior o inferior de la lengua. Por último, la estomatitis puede invadir toda la cavidad bucal, región palatina y la faringe, perdiéndose de vista en el esófago, demostrado por el dolor al deglutir y en los exámenes post-morten. Cuando la estomatitis es muy intensa, existe dolor al comer sobre todo alimentos ácidos, picantes o calientes así como bebidas efervescentes o de temperatura algo elevada. Llegan a veces los sufrimientos a hacer imposible la conversación. La acumulación de un mocus pegajoso y seco es causa de mayores sufrimientos pues, al enfermo le es doloroso escupir o tragar. Es realmente importante la rápida aparición o desaparición de ese cuadro, lo que constituye un carácter en cierto modo distintivo entre él y la palabra.

Estómago.—La náusea es más frecuente que el vómito; no tiene nada de característico en esta afección. El ardor en el epigastrio es casi constante.

En algunos de mis casos se encontró hipoclorhidria pero pueden existir eructos ácidos frecuentes. La gastralgía no es frecuente. Debe señalarse como rareza la hematemesis que, sobrevino en un caso; fué rápida y copiosa, poniendo al paciente casi en estado de colapso. No se presentó gastralgía, lo que hace creer que la hemorragia fué capilar.

El hígado.—Está notablemente atrofiado. Los hígados mas pequeños que he visto ha sido en casos de enteritis. No es raro comprobar el borde inferior a siete pulgadas sobre el reborde costal. Es preciso limitar bien, tanto el borde superior como el inferior, a causa del error a que expone el exceso de gases en el colón. En algunos casos ha existido íctero catarral intenso, probablemente por oclusión

temporal del conducto biliar debido a una localización del proceso en el duodeno que cede prontamente a una dieta nitrogenada severa.

El Páncreas.—Sólo en un caso se investigó el estado del páncreas y resultó negativa la reacción de Cammidge. Por un exámen físico cuidadoso no se aprecia que este órgano participó del proceso.

El intestino.—El interés principal se concentra en los signos y síntomas intestinales. La enteralgia es rara, pero la producción de gases es enorme y cuando el intestino está afectado, lo que es general, constituye un síntoma tan frecuente como molesto. Es probable que el asiento más importante de la alteración patológica sea el intestino delgado puesto que las deposiciones semejan conserva de manzana.

La diarrea tiene caracteres especiales. Corrientemente, antes del periodo de gravedad, las deposiciones son muy copiosas, espumosas o pultáceas, blancuzcas o grises, de olor acre o fétido. Generalmente no es visible el mocus, ni sangre. La deposición produce una sensación de alivio y bienestar y con frecuencia solo se verifica una al día. Sin embargo, la clásica diarrea matinal, única, de que se trata en las descripciones, no se observa en la práctica y en los casos graves las deposiciones son bastante frecuentes.

Su aspecto espumoso, color claro y olor acre es característico de la lesión intestinal, annque muchos pacientes expresan que al principio su color era ambarino o amarillo brillante. En los casos comunes solo se observan dos o tres deposiciones al día. aunque en algunos de mis casos, he observado cerca de veinte grandes deposiciones con la consiguiente depresión fisica y mental. Ocurre con frecuencia que la actividad del proceso intestinal se atenúa y a la diarrea sucede la constipación. En esos casos se observa a veces manifestaciones por parte de la lengua, aunque pueden transcurrir largos periodos sin estomatitis, ni diarrea. El meteorismo y la acidez estomacal se alivian en algo.

En algunos casos típicos se analizaron las deposiciones y siempre se encontró un resíduo anormalmente grande de grasa. Un caso que estudié en 1913 es prueba de ello.

(Notes on Sprue in Porto Rico and the results of treatment by yellowed santonin. Amer. Jour. of Trop. Dis. and Prevent. Med. agosto 1913 Vol. 1, Nº 2; pgs. 146-158.)

Sometido un enfermo a una dieta rigurosa de 80 onzas de leche al día, se examinaron sus heces de las 24 horas, con el siguiente resultado:

Peso total de las heces en 24 horas................1.138.49 gramos.
Grasa total (grasa neutra, ácidos grasos y jabones)...53.28 gramos.
Nitrógeno total................................139.79 gramos.

La leche que consumía contenía 3% de grasas.

La orina.—La orina indica con frecuencia según González Martínez, del Instituto de Medicina Tropical, una pielo-nefritis catarral constante; ha observado, con frecuencia también, indicamuria.

No se cemprobó en mi serie, salvo en un caso, manifestación clínica alguna atribuible al riñón.

Ningua otra vícera otréció fenómenos de alteración alguna, excepto en casos de profunda toxemia. Lo cual se observó a veces claramente respecto al corazón cuyo funcionamiento se alteró mucho. El pulso era irregular, débil y la presión sanguínea inferior a la normal.

La fiebre no es frecuente y es fugaz, pero en muchos casos puede manifestarse un movimiento febril en particular en los primeros períodos de la enfermedad. La temperatura es inferior a la normal en la afección ya declarada. No existen lesiones cutáneas típicas.

Se nota una palidez de tinte amarillento en todas gradaciones. La enteritis puede producir una anemia intensa. Las hemorragias subcutáneas, son frecuentes, aunque limitadas a pequeñas manchas en las extremidades inferiores. Existen dolores repartidos por todo el cuerpo; en general, son musculares, pero he observado neuritis periféricas graves, en esta afección. El insomnio es mas frecuente de lo que se supone y es uno de los primeros síntomas que demandan alivio. En las publicaciones no se encuentra noticia alguna respecto a los trastornos psíquicos que puedan presentarse en la enteritis. Aunque no he observado enagenación mental en mis series, es frecuente notar una irritabilidad nerviosa. Aunque no se pueda explicar por otra causa que por una toxemia mas o menos profunda, conviene señalar el hecho de que muchos de esos se diagnostican de neurastenia y que, en mis series, dos casos de convulsiones epileptoides en adultos, que coincidieron con la enteritis, se curaron rápidamente por dieta clásica.

El color de la sangre ha disminuído. La anemia es secundaria y, en general, se observa del 50 al 75% de hemoglobina y 3 a 4 millones de glóbulos rojos. Los leucocitos están normales o ligeramente reducidos, con aumento relativo de los linfócitos. El tiempo de coagular está aumentado.

Curso y Pronóstico.—La característica de la enteritis es su recurrencia a cortos o largos intervalos, su tendencia a la cronicidad y la desfavorable influencia de una dieta hidro-carbonada. Se ha repetido que la enteritis en realidad, nunca se cura y que la afección recurre, aun muchos años después de una aparente inmunidad. Aunque dicho aserto tiene bases en que apoyarse, en esta serie no constituye la regla, a decir verdad porque he visto un buen número de casos graves, aparentemente curados por la dieta y en los cua-

les la salud no se ha alterado, desde la desaparición de los síntomas, en periodos de tres a seis años.

Si consideramos que una porción de los casos denominados *indigestión fermentativa crónica*, son realmente de enteritis benigna, podemos deducir que la enfermedad es, generalmente benigna y tiende expontáneamente a la curación. Una vez constituído el estadío final, caracterizado por la diarrea blanca, espumosa, contínua irritación grave lingual, excesiva producción de gas y anemia grave secundaria, con atrofia hepática, constituyendo la *toxemia marásmica*, de Carnegie Brown, han disminuído mucho las probabilidades de curación del enfermo, no porque la causa de la enfermedad no pueda combatirse con éxito sino porque las lesiones secundarias gastro-intestinales y hepáticas son permanentes y la nutrición se ha dificultado mucho.

Si los ataques de enteritis aguda, violentos y rápidamente fatales coinciden con algunos de los raros casos de septicemia micótica, sólo el examen post-mortem, que no ha podido efectuarse aún, podrá demostrarlo, pero creo que he observado por lo menos un caso de esa especie.

Muchos enfermos de enteritis fallecen a los dos años del comienzo de la afección, pero la mayoría soportan años de sufrimientos, procurando por todos los medios, retardar el fatal día que llega cuando están gráficamente agotados. La enteritis es una de esas enfermedades en cuyo tratamiento se gastan grandes sumas sin beneficio permanente.

Diagnóstico.—Si las pruebas a favor de la Monilia llegaron a ser suficientemente efectivas para garantizar su aceptación como la causa real de la enteritis tendríamos un método expedito para distinguirla de la *pellagra sine pellagra* y de otros estados distintos de la enteritis. En esas series han existido cinco casos de pellagra indudables y uno está indeciso en espera de las manifestaciones cutáneas. En ninguno de esos casos se encontró la Monilia, en siembras efectuadas con productos bucales y con las heces, aunque los casos eran tan típicos de enteritis que los diagnostiqué positivamente. Pero después del fracaso de la dieta láctea para combatir la estomatitis y la diarrea, comencé a discutir mi propio diagnóstico. La observación continuada de esos casos demostró al principio de la primavera, que aparecieron, en uno tras otro, la erupción típica de la pellagra y en tres de ellos se manifestaron alteraciones mentales. Aunque estos no fueron en realidad de *pellagra sine pellagra*, la posibilidad de la enteritis debe tenerse siempre presente en este país en que puede observarse. Es importante notar que en ninguno de esos cinco casos se encontró la Monilia tan constantemente como en la enteritis.

Anatomía patológica. No he tenido oportunidad de practicar una autopsia por oponerse a ello el sentimiento popular. Afortunadamente, Carnegie Bronwn y en especial Bahr expresan claramente lo obervado por ellos.

Cuyos puntos esenciales son:

(a) Descamación de la mucosa y obliteración de las papilas del dorso de la lengua, infiltraciones subepitelial del tejido conjuntivo, en las mucosas bucal, esofágica e intestinal.

(b) Desaparición de las vellocidades y extrema delgadez de la pared intestinal que está cubierta por un mucus grumoso blanco que tapiza toda la superficie secretante. Se observan también pequeñas úlceras superficiales.

(c) Tendencia de las lesiones intestinales a determinar atrofias como en la lengua.

(d) Disminución real, hasta 50% en el peso y tamaño del hígado. El diámetro de los lóbulos ha disminuído pero, sin aumento del tejido conjuntivo; la lesión parece solo atrófica.

(e) El páncreas está generalmente, pálido, indurado y de volúmen normal. Las lesiones del páncreas no son invariables, ni frecuentes en la enteritis.

(f) Degeneración hialina del músculo cardiaco.

A este resúmen de Carnegie Brown puede agregarse lo dicho por Bahr en sus *Investigaciones acerca de la Enteritis.*

(Transac. Soc. Med. and Hyg. Vol. 11, Nº 5, abril 1914.)

«La totalidad del tubo instentinal estaba cubierto de una capa de mucus viscoso y la lengua de una capa aftosa. El esófago estaba cubierto de una substancia amarillosa, parecida a una membrana diftérica compuesta en su casi totalidad de hongos de fermentación; existía también una descamación completa de la cubierta epitelial de la lengua y del esófago, con profunda infiltración mucosa de células de fermento y esporos micelianos. En los frotes del hígado se comprobaron las células de fermento, así como las preparaciones de mucus teñidas por el Gram, manifestaron en toda la extensión del tubo intestinal, células y micelio en gran predominio. El fermento tomado del intestino, del hígado y el bazo, en un caso y los riñones en otro, se reprodujo en caldo glucosado».

Tratamiento. Haré un resumen simplemente. La santonina y la emetina las he abandonado por inútiles, si no perjudiciales, en algunos casos, especialmente la primera. El único tratamiento empleado con éxito en la mayoría de los casos, es una dieta severa de leche, carne o frutas. La leche se administra cada dos horas, mezclada a un líquido de cultivo de una raza búlgara del bacilo del ácido lácti-

co, comenzando dosis diaria de 70 a 80 onzas y aumentando 10 onzas cada cuatro días hasta llegar a 117 onzas.

Después de eso, se instituye una dieta mixta nitrogenada, vegetales frescos y frutas; por último, se agregarán hidrocarburos en cuanto sean tolerados. La estricnina es un tónico útil. La dieta de carne se usa en los casos en que es intolerable la leche: puede sostenerse sin gran repugnancia por una semana, al menos. a la dosis diaria de dos libras, reducida a pequeños pedazos, dividida en seis porciones iguales y admidistrada cada tres horas, mezclada, al fuego, con pequeña cantidad de mantequilla.

La dieta de frutas que empleo, tiene por base el plátano blando maduro, el famoso y delicado *guineo gigante* de Puerto Rico.

Es sorprendente la rapidez con que disminuyen, con esa dieta todos los síntomas, especialmente los referentes al aparato digestivo pero, requiere tacto por parte del médico y paciencia por parte del enfermo. Los azúcares y los cereales generalmente producen recaidas.

Con los hechos que la investigación clínica nos proporciona podemos, por lo tanto, deducir:

1—La enteritis tropical es generalmente una enfermedad beníngna, con un aspecto engañoso, tendente a la curación espontánea y rápidamente subyugable por una dieta monohidro-carbonada.

2—Las lesiones linguales son con frecuencia, clínica e histológicamente confundibles con las aftas comunes, enfermedad debida casi siempre a la Monilia albicans.

3—Clínica e histopatológicamente, el aspecto de la lengua refleja el del estómago e intestino.

4—Después de bien desarrollada la enteritis, aparecida la atrofia hepática, sin cirrosis, se manifiesta la intoxicación crónica con signos de anemia secundaria.

5—Las lesiones intestinales producen deposiciones copiosas, ácidas, espumosas, blancas, con gran acumulación de gas. El carácter de esas deposiciones no es prueba precisa de la existencia de ulceración intestinal.

6—Existe tendencia a la cronicidad y, a períodos de lactancia, en los cuales se efectúa una mejoría manifiesta o una curación aparente.

7—Los medicamentos son de poca utilidad, a no ser cuando se usan sintomáticamente, en las crisis clínicas definidas, ya que no se ha encontrado específico alguno.

Al estudiar la epidemiología de la enteritis se me ofreció una excelente oportunidad para comparar mi experiencia en San Juan, en donde ví que predominaba la enteritis, con las condiciones especiales, del interior montañoso.

El Instituto de Medicina e Higiene Tropical, con objeto de concertar el trabajo de laboratorio con la clínica, en el año 1904, cuando llevaba el nombre de Comisión para estudiar la anemia en Puerto Rico, organizó una expedición de tres meses a Utuado, pueblo de unos 3,000 habitantes en el corazón de las montañas. A algunas millas del pueblo se eligió una gran casa de una hacienda de cultivo de café, con sus edificios auxiliares y se estableció un dispensario general con amplios recursos para el tratamiento de todas las enfermedades médicas y quirúrgicas. Asistían cuatro profesores del Instituto, cuatro ayudantes del servicio de anemia, farmacéuticos, asistentes técnicos, enfermeras, etc. Se habilitó también un hospital de treinta camas para casos especiales. El servicio de anemia se hizo cargo de los anémicos por uncinariasis que eran el 80% de los enfermos. Todos los pacientes que no padecían uncinariasis o sus complicaciones, se enviaban a los miembros del Instituto para su estudio en el laboratorio clínico. 10,140 personas que representan 36,000 consultas, fueron examinadas durante los 60 días de trabajo. Cada profesor tenía cuidado de participar la más ligera manifestación de enteritis. A pesar de eso, solo se observaron 11 casos de verdadera enteritis y 19 sospechosos, muchos de ellos del pueblo de Utuado.

La población rural del punto en que trabajábamos, rara vez comía pan, si acaso intermitentemente y ya por eso, su alimentación difería de la del pueblo. Estudiábamos la población campesina de unas 40,000 personas y una ciudad de 30,000; existía, por lo mismo, una gran desproporción.

Lo dicho de San Juan se aplica en gran parte, a todas las ciudades y pueblos. El pan es aquí un alimento primordial. Hasta hace poco tiempo, era de sabor agradable; en muchas localidades ha desmejorado, pues ahora es ácido, húmedo y de sabor extraño. Con ello ha coincidido un aumento en la frecuencia de la enteritis.

La transmisibilidad de la enteritis es también evidente. Así lo prueban, con toda claridad, las endemias familiares. Se haría cansado citar ejemplos particulares, ya que las expresiones: *tisis intestinal*, *escorbuto tropical*, designan vulgarmente, afecciones que atacan sucesivamente, a todos los miembros de ciertas familias, muchas de ellas de las más acomodadas de Puerto Rico. Conozco varios ejemplos de enteritis grave y aún fatal, en señoras cuyos hijos pequeños han padecido sucesivamente formas graves, típicas, de la enfermedad.

La raza parece predisponer en igual grado, a esta enfermedad, que es la *béte noire* de los americanos y españoles residentes en nuestros trópicos; poseo ejemplos de Santo Domingo. Relativamente, mueren más americanos de la enteritis contraída en Puerto Rico, que

de tuberculosis. Muchos españoles han vuelto a su patria demasiado tarde para evitar lo que pronostica el adagio popular: "El español que se enferma del estómago se va o aquí se entierra"

Por lo tanto, desde el punto de vista epidemiológica, podemos deducir:

1—La enteritis tropical es una enfermedad de pueblos y ciudades cuyo alimento primordial es el pan.

2—La enteritis es para en los distritos rurales en los que el pan no es, por lo menos, un alimento diario y donde no se come nunca o a largos intérvalos.

3—Se observan endemias familiares.

4—Parece existir una predisposición racial a la enteritis en los individuos de origen septentrional.

A la luz de todos los precedentes hechos, sospechando la existencia de un hongo venenoso e ilustrado por el artículo de Bahr, practiqué cnltivos en serie de los productos bucales, de las heces o de ambos orígenes, tomados de 197 personas.

Cuarenta y nueve eran claramente casos de enteritis: de ellos; el 100% tenía una Monilia, no la *Monilia albicans*, que Bahr sospechaba era la causa probable de la enfermedad en Ceylan, sino de una especie aun no descrita.

Noventa y dos casos en los que los trastornos gastro-intestinales variaban desde la simple indisposición hasta la enfermedad grave, acompañada principalmente de excesivo meteorismo; 17% de esos casos tenían el mismo hongo.

Sesenta y seis personas estaban aparentemente normales, por lo que hacía a su aparato digestivo y sin embargo, 3% tenía esa Monilia.

Se comprobó que la Monilia era patógena para los pequeños animales de laboratorios por inyección hipodérmica e intraperitoneal, causando diarrea y exceso de gas intestinal al alimentarse. Esa Monilia fué aislada del centro de una tajada de pan procedente de un foco endémico.

La fijación del complemento recientemente efectuada en una serie de personas en estado normal, fué negativa y en algunos casos de la enfermedad fué intensamente positiva. Más adelante, daré cuenta del hongo de que he tratado, en un artículo que presentaré a la Asociación de Médicos Americanos.



LAS INFECCIONES BUCALES EN RELACION CON LAS ENFERMEDADES EN GENERAL (*)

Dr. Charles M. Mix, F. A. C. S.

Los rápidos avances hechos en medicina y cirugía desde que Pasteur y sus discípulos señalaron la relación que existe entre las bacterias y las enfermedades, han hecho difícil para cualquier individuo el mantenerse al dia con el desarrollo de todas las ramificaciones de la nueva teoría.

Nuestra concepción primitiva de las enfermedades infecciosas les asignaba un carácter local y que se propagaban por contiguidad de las superficies mucosas y cutáneas al interior. El *modus operandi* de la difteria fué una de las primeras enfermedades estudiadas. La difteria es estrictamente una enfermedad local. Las bacterias permanecen en el sitio de la inoculación y no entran en el torrente circulatorio. Sus toxinas, sinembargo, se absorven rápidamente y producen los desastrosos resultados tan comúnmente conocidos, pero hoy, gracias a los antitoxinas, muy poco frecuentes. El descubrimiento de la antitoxina de la difteria dió gran ímpetu a la idea de los sueros y se hicieron estos y se probaron en casi todas las enfermedades infecciosas, habiendo solamente una resistido la prueba del tiempo, esta es, la antitoxina del tétano. No fué hasta 1899 que Kleb descubrió que ciertas enfermedades antes consideradas locales en sus manifestaciones, eran realmente septicemias. Desde esa época los organismos específicos de muchas enfermedades han sido encontrados en el torrente circulatorio y en tejidos mny lejanos del foco de infección: Así la fiebre tifoidea dejó de ser una enfermedad intestinal y tomó su sitio como infección general. El punto de entrada radica en los tejidos linfoideos del canal intestinal del cual los gérmenes son absorvidos en la sangre en donde se les encuentra. Se notó también su eliminación por los riñones. Lo mismo sucedió con la pneumonia. Le tocó el turno de revisión a la tuberculosis y los hechos clínicos previamente observados fueron relacionados con los bacilos tuberculosos encontrados en muchos casos, libres en la sangre y dispuestos a localizarse en los puntos de menor resistencia. Probablemente todos somos más o menos tuberculares. La delicada reacción subcutánea de Von Perquet perdona a muy pocos.

Lo mismo resultó con los organismos del pus, los estafilococos y los estreptococos. El factor de la resistencia del individuo apareció enseguida. Se encontró que una infección general podía ser tan te-

(*) *Traducido por el Dr. Manuel del Valle Atiles*

rrífica que podía matar rápidamente, como en la pneumonia, septicemia estreptococica (sepsis puerperal, llamada también "envenenamiento de la sangre") tuberculosis miliar aguda o la endocarditis maligna etc. o los organismos podían permanecer como si dijéramos en las puertas, perder alguna de su virulencia y el individuo conseguir cierta inmunidad parcial y teníamos lo que Adami calificó tan bien llamándolo una "sub-infección". Es este grupo de sub-infecciones el que es responsable de las enfermedades crónicas. Enseguida siguió una busca frenética por el sitio de la infección. Naturalmente que el tubo digestivo era el más obvio y fácil punto de entrada. Hoy hablamos de enfermedades adquiridas por el agua y por la leche, como la tifoidea y la disenteria, más muy pronto se encontró que el número de enfermedades que lograban su entrada por medio de los alimentos eran comparativamente pocas, y que el jugo gástrico era una barrera efectiva para la mayor parte de las bacterias patógenas ingeridas con los alimentos.

La epidermis sana y las membranas mucosas actúan de manera efectiva excluyendo las bacterias piógenas y otras, pero un corte, un rasguño, por pequeño que este sea puede darles la oportunidad a ellas. Recuerdo cuando era estudiante de medicina que un compañero amigo me dió un riguroso masage en las espaldas para aliviarme de una ligera mialgia. Pocos días después tenía una hermosa cosecha de granos en el sitio de la vigorosa friega. Literalmente me había sembrado estafilococos traidos por su propia persona.

Cuando las tonsilas fueron reconocidas como un foco de infección creimos tener el problema resuelto, y empezamos la cruzada contra las tonsilas ofensivas. Se encontró que estas no eran totalmente responsables y se buscaron otros focos. La lección obtenida de este estudio fué muy valiosa, pues se encontró la tonsila crónica, con sus criptas cerradas y sus focos de infección cerrados, los abcesos retrosilares, abcesos ciegos, si se me permite así llamarlos, se halló ser los verdaderos ofensores: La tonsila aguda, la tonsilitis folicular aguda producía un grave pero pasajero trastorno y una gran cantidad de toxinas pero muy pocas bacterias vivas eran absorvidas.

Seguidamente el proceso alveolar y las eucias entraron en la investigación y aquí se encontró que de la misma manera la infección por la boca, con drenaje, producía sus efectos por la absorpción de toxinas y el ingerir; el pus mientras que los focos oscuros o abcesos ciegos eran responsables de las sub-infecciones.

En la piorrea asi como en la disentería amébica, la ameba es inactiva y las bacterias son las que trabajan.

El organismo infeccioso en los abcesos ciegos, es naturalmente, uno de los cocos y de estos el estreptoccco juega el papel más dañino.

Hemos mirado con ojos sospechosos siempre al paciente que tiene frecuentes ataques de grippe. Los síntomas de la grippe, malestar, enfriamiento, fiebrecilla y dolores generales, simplemente significan un grado bajo de infección y si estos ataques se repiten debemos buscar un foco crónico de supuración. Hace solamente muy poco tiempo que se ha dado importancia a la boca como foco infectivo y se ha apreciado así por el médico y los especialistas de la cavidad bucal. Los trabajos de Billings, Rosenon y otros han dado un tremendo ímpetu a reconocer la boca como la fuente de infección focal. Ellos han demostrado la relación de estos focos latentes de supuración en un número de enfermedades crónicas y condiciones oscuras que en el pasado habían sido clasificadas vagamente como auti-intoxicaciones.

Podríamos pasar por encima de las bacterias que logran su entrada en el canal intestinal por medio de los alimentos ingeridos. Que una enorme cantidad de pus se ingiere en el curso de un caso de piorrea se comprende fácilmente. Se tarda de veinte a cuarenta años para destruir completamente una buena dentadura. Bass computa que durante este tiempo el paciente traga cerca de dos galones de pus. Las bacterias del grupo estreptocócico son las responsables de casi todas las infecciones que producen enfermedades sépticas de la boca; por lo tanto, al propósito de este opúsculo, podemos limitarnos a este grupo solamente:

¿Donde estos malhadados gérmenes se encuentran? En las encías, los dientes, el proceso alveolar, piorrea, raíces ulceradas, cavidades infectas, coronas, puentes y obturaciones que se han dejado sin pulir y mortifican las márgenes gingivales, producen irritación y traen como consecuencia focos de infección, gingivitis, etc. La gran obra de conservación llevada a cabo con tan maravilloso arte y a la cual le debe el mundo gratitud, por la cirugía dental americana no está exenta de peligros. Puede ser buena cirugía dental el conservar los dientes que han sido devitalizados y pueden servir su propósito para la masticación, pero si al hacerce esto se establece un foco de infección en la boca, no es un buen remedio dental. El dentista que ha de servir mejor los intereses de los pacientes, debe alejar su mente de que la cirugía dental es un problema de mecánica refinada, y darse cuenta de la importancia de la bactereología bucal y conservación de la salud.

Rosenou ha indicado q. los nuevos organisme del grupo estreptocócico ganan su entrada en el cuerpo y allí permanecen, produciendo cambios de tejidos importantes. Los miembros de este grupo son

muchos y nuevas variedades se están constantemente añadiendo. Las principales variedades hasta ahora reconocidas son el estreptococo piógeno, el hemotílico, el vividares y el pneumococo. Hay diferentes variedades de estreptococos dentro de las variadas condiciones, tales como parasitismo, diferentes grados de tensión oxígena y experimentalmente por el paso por el cuerpo de conejillos de india, cambios de uno a otro aumentando o disminuyendo su virulencia y en su acción selectiva en los varios tejidos y órganos del cuerpo.

La selectividad de los diferentes tipos de estreptococos es muy interesante. Un tipo, el pneumococo, es responsable de la pnemonia; otro de la endocarditis maligna; otro de la endocarditis crónica ulcerativa; la cual por un recogimiento de las valvulas del corazón produce todas las clases de enfermedades orgánicas del corazón, excepto aquellas ocasionadas por la sífilis. El reumatismo articular agudo, lo produce otra variedad de estreptococos, mientras otros producen reumatismo crónico y artritis deformante. Rosenou ha aislado un estreptococo obtenido de la excisión de una úlcera gástrica, después de una operación. Los conejillos de india inoculados con este germen tuvieron úlceras gástricas típicas.

Mucha luz fué lanzada en la etiologia del reumatismo, enfermedades orgánicas del corazón, nefritis, reumatiamo crónico, artritis deformante y las infecciones abdominales, apendicitis, coleocistitis, cálculos vexicales, úlceras pépticas y la pancreatitis.

Rosenou ha conseguido un estreptococo de un foco en el proceso alveolar de las agmidalas y de piorrea. Habiéndose tenido que reconocer el apéndice a consecuencia de un ataque de apendicitis, pocos días después que la tensilitis dió el mismo germen, los que inyectados a animales produjeron lesiones típicas del apéndice. Del apéndice de los animales en los cuales se experimentó, se volvieron a obtener los mismos organismos, cumpliéndose de este modo los canones de las leyes de Koch. Lo mismo podemos decir de la vejiga de la hiel, úlceras gástricas, y pancreatitis y se ha encontrado también en el reumatismo artritis y las lesiones valvulares del corazón.

En todos estos casos, con una técnica apropiada, es posible aislar el organismo infeccioso del torrente circulatorio o de los tejidos afectados; de manera igual se encuentra en el organismo en su foco original.

Si logramos encontrar y eradicar el foco primitivo habremos quitado la causa excitadora. Una vacuna autógena hecha de cultivos de sangre u otros tejidos nos da la forma de levantar la inmunidad. Igualmente son importantes las medidas generales, tónicos, hierro, aire puro, alimentación apropiada, y método ordenado de vida. Es-

tas medidas son tan eficaces en las sub-infecciones causadas por bacterias piogénicas como se ha probado que lo son en la tuberculosis.

Lane ha afirmado siempre que el ileo terminal en los casos de estasis crónico intestinal era el foco de absorpción de las toxinas que dan lugar a la mas intensa auto-intoxicación. Su operación de acortar el intestino largo, o mejor dicho su colectotomia, dando mejor drenaje al ileo terminal, ha dado lugar a la cura de esta clase de casos considerados incurables.

El ha informado de casos de artritis deformans y goitre exoftalmico curados por esta operación.

Recientemente un autor americano ha informado de un gran número de casos de artritis deformante curados por la colectotomia del ileo terminal y en el cual ha podido aislar el estreptococo vindans. Así parece, pues que el ileo terminal se convierte en un subfoco y mantiene el trastorno que ha podido empezar en la boca o en las tonsilas.

Para sumar los resultados de muchos años de trabajo en el bocio parece que podríamos afirmar que el bocio ocurre como una reacción adaptada en el proceso de inmunización de algunas infecciones. De modo, pues, que nuestro mejor curso que seguir en el bocio como en otras enfermedades antes mencionadas, es limpiar todo lo posible las fuentes de infección latente en la boca, en las tonsilas, en los tubos de falopios o en la próstata, y después pasar al canal alimenticio.

Cuando los Rayos X fueron presentados como un medio regio para diagnosticar fracturas, muchas de las complacencias con respecto a los métodos entonces en voga para tratamiento de fracturas se disiparon. Nos pudimos dar dolorosa cuenta que desde el punto de vista anatómico en todos los casos y desde el punto financial en muchos, nuestros métodos resultaban impropios. El resultado ha sido que el tratamiento de fracturas ha ganado inconmensurablemente. Los cirujanos ahora dudan de tratar fracturas sin el auxilio de los Rayos X para hacer diagnósticos exactos y comprobar los métodos de tratamiento y sus resultados.

De igual modo los Rayos X han perturbado la complacencia del dentista. Sus revelaciones son abrumadoras. Dientes que no han ocasionado casi ninguna o ninguna molestia al paciente se encuentran en poco satisfactorias condiciones para la salud en general. Incidentalmente a la busca de abscesos en el proceso alveolar el trabajo del dentista está sujeto al más cuidadoso escrutinio. Condiciones sorprendentes aparecen.

Por ejemplo, encontramos agujas para la extracción de nervios y piesas de excavar rotas y dejadas en las raíces de los canales del diente, raíces rotas o perforadas, relleno de raíces forzado a través del

ápice radicular y causando allí, quizás, trastornos en el proceso alveolar, canales radiculares que no han sido debidamente llenos con la resultante de inflamación y probablemente abcesos alveolares, obturaciones forzadas en los espacios interdentales con la resultante inflamación e infección.

Al investigar un caso de sub-infección, después de examinar la región tonsilar, canales nasales, accesorios y la pelvis, llega el turno a la boca. Llamando en nuestro auxilio al rontnólogo, al ginecólogo, al especialista genito urinario, llegamos al especialista dental. Esperamos su informe con respecto a la presencia de cavidades, imperfecciones en la adaptación de puentes y coronas y su condición desde el punto de vista de la salubridad bucal; presencia o ausencia de dientes devitalizados, bordes salientes de obturaciones imperfectas, la condición de las encías, gingivitis, piorrea, oclusión de coronas, puentes y obturaciones.

Finalmente deseamos saber respecto a abscesos ciegos y crónicos. Los primeros se pueden encontrar mediante cuidadosa inspección pero para los segundos debemos recurrir al rontnólogo.

Una serie de diez películas dentales montadas en orden nos dará la información deseada.

La curación de estos abscesos y la cura de la gingivitis y piorrea después entran en turno.

Naturalmente la extracción del diente enfermo y el curetaje del proceso alveolar es el método mas simple y eficaz.

Sinembargo, frecuentemente un diente casi indispensable para el paciente es el causante del trastorno. Aquí llega uno de los nuevos métodos de la cirugía bucal, la amputación de la raiz cuyo método dejamos a los que entienden en esto.

Cuando la conservación del diente no puede lograrse se extirpa radicalmente el foco de infección debiendo recurrir a medidas radicales. Muchos de nuestros pacientes no pueden hacer el gasto de las operaciones dentales modernas, para estos el único recurso que le resta es la extracción.

Ya es tiempo de cambiar nuestro punto de vista. El único desideratum no es ya un diente en función. La conservación de los dientes es permitida siempre que no ocasione o de lugar a un foco de infección. El dentista concienzudo debe hacer su labor desde el punto de vista de la salud general del paciente, más que del de la mecánica.

No puedo evitar el mencionar ahora la sífilis. Ha sido mi experiencia que al enviar un caso de sífilis al dentista para una limpieza general preparatoria a un tratamiento por el mercurio, insulta al caballero. Frecuentemente rehusa hacer el trabajo. Su excusa es

que tiene que usar los mismos instrumentos en sus otros pacientes. Otra observación: Con frecuencia dejo de encontrar medios adecuados de esterilizacíón en las oficinas dentales.

Todo iustrumento usado en un paciente dado, debe ser hervido durante 20 minutos antes de usarlo en otro. Esto es no solo necesario para evitar la transferencia del espiroqueta palido de un individuo a otro, sino también de otros organismos. Uno de los cirujanos que nos prometía y que Indiana ha producido murió a la edad de 40 años por sífilis contraída mientras le hacían trabajos dentales. Uno de los médicos más famosos de Indiana hoy sufre de tabe-paresis contraída mientras le hacían unos tratamientos en la garganta un especialista hace veinte años. Dice él que no puede encontrarse con el especialista sin sentir los ojos inyectados de sangre. La sífilis no es un crimen, es una calamidad. El sifilítico merece nuestra mejor atención en su obsequio, no es necesariamente un leproso físico del que hay que huir sino frecuentemente una victoria inocente de una confianza mal puesta. Mientras tengamos calor y guantes de caouchout no hay excusa para rehuir el tratamiento de un sifilítico. Recuérdese que la sífilis se inocula solamente por la solución de continuidad de la piel y de la membrana mucosa. En muchos casos nadie puede decir si un paciente es sifilítico o no, de modo pues que se hace necesario esterilizar debidamente todo lo que haya sido usado en un paciente antes de ser usado en otro.

Nosotros como médicos esperamos hoy mas de los dentistas de lo que hasta ahora hemos obtenido. Deseamos vuestra ayuda, sus conocimientos especiales expertos, abilidad y experiencia para resolver el gran problema de la sub-infección de algún foco oculto supurativo. Acudimos a Vds. para que nos ayuden a curar nuestros casos de endocarditis, pericarditis y reumatismo; todo el grupo de artritis, enfermedad de Brigh y gota. En profilaxis esperamos su auxilio en todas las afecciones crónicas del abdomen. Cuando estos focos de infección de la boca son atacados en forma y temprano, los focos secundarios en el canal alimenticio podrán cortarse y los cirujanos tendrían menos operaciones de apéndice que hacer, de cálculos vesicales y úlceras del estómago.

Tal oportunidad para el dentista ampliar su campo de utilidad no había ocurrido antes. ¿Quién recogerá las espigas de granos de oro que están listos para la siega?

LA PROHIBICION DE LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS

Ahora que se está agitando en Puerto Rico la cuestión que abarca este título, parece oportuno que se conozca todo lo que pueda contribuir a esclarecerla. Con este objeto traducimos del Medical Record la siguiente nota:

En la *Lancet* ha aparecido un editorial con respecto a este muy debatido tema, y desde que Inglaterra está considerando el prohibicionismo, es interesante notar que se ha presentado, un memorial en la prensa pública con miles de firmas influyentes, pidiendole al gobierno que suspenda en todo el reino las licencias expedidas para vender licores. En el se hace un alegato para poner a la nación en su completo vigor removiendo "un peligro que retarda la hora de una victoria temprana y echa una sombra sobre la visión de la paz". Con la remoción del poder debilitante del alcohol, claman los signatarios el esfuerzo nacional contra el enemigo acrecentará su fortaleza. No es solo la embriaguez la que pone en peligro la provisión de municiones, sino, de acuerdo con el memorial, la continua ación debilitante de la energía del hombre por el alcohol. El llamamiento no se hace por reformadores temperantes en su calidad de tales, sino por personas reflexivas y talentosas de todos loe rangos en los negocios y en las profesiones. Los líquidos alcoholicos pueden tomarse como alimento, como medicina o como un lujo. Mas o menos una onza de alcohol absoluto es el límite que puede ser quemado en el cuerpo en veinte y cuatro horas sin nn efecto paralizante o narcótico, y sin que aparesca en las excretas. Esta cantidad proporciona tanto combustible como una onza de Margarina, esto es; 200 Calorias. Una de alcohol cuesta, en vinos ligeros, como unos veinte y cinco centavos, pero durante el tiempo de guerra debe añadirse cuarenta por ciento al precio original. Una onza de Margarina cuesta menos de diez centavos, así pues el alcohol usado como alimento es un desperdicio. Como una medicina tiene su lugar, pero no tan importante como antes se supuso. En tiempos normales la demanda de alcohol como un lujo no puede ser tolerada. Un hombre inteligente ha dicho que el vino usado con moderación, aumenta el agrado de la vida y así añade a ella recursos y goderes. En la actualidad la juventud de Inglaterra no está viviendo bajo agradables condiciones, así pues, el resto de la población debe renunciar a ese feliz estado como una contribución al costo de la guerra. El alcohol, sin embargo, es, debe seguir siendo importante en las artes y manufacturas y en la farmacia. En Alemania antes de la guerra, la mitad del alcohol producido, se consumía en varios fines técnicos. Si se prohibe como un lujo, debe permanecer para este objeto como una necesidad.

ASOCIACION MEDICA DEL DISTRITO NORTE

La Asociación Médica del Distrito Norte, celebró su primera Sesión Científica del corriente año en la noche del 8 de febrero próximo pasado. El Dr. González Martinez nos habló con gran claridad y acopio de datos, por espacio de una hora, sobre io Schistosomiasis Mansoni. Su conferencia fué muy aplaudida.

La seguna Sesión Científica, celebrada el 13 de Marzo fué una elocuente prueba del entusiasmo e interés reinante entre los miembros de esta Asociación, por todos los problemas de carácter científico.

El Sr. Belaval disertó sobre la Mortalidad Infantil en Puerto Rico, presentando su tema tan magistralmente, que despertó un vivo interés entre la numerosa concurrencia, tomando parte en la discusión los Drs. del Valle Atiles (F.), Brioso, Ros, Biamón, Fernández Nater, Matanzo y Ramos Casellas. El Dr. del Valle Atiles (F.) presenta la cuestión del seguro social, según se practica en Alemania y otros paises para proteger a la madre durante el embarazo; el Dr. Gómez Brioso se extiende en importantes consideraciones y aboga por la fundación de un hospital para niños. Terminada la discusión fué propuesto que se nombrara un Comité para que estudie las causas de la mortalidad infantil en Puerto Rico y los medios que hay que poner en práctica para disminuir el por ciento de dicha mortalidad. Esta Comisión estará a cargo de los Drs. Belaval, del Valle Atiles (F.), Brioso, Fernández Nater y Quevedo Báez.

Terminada la discusión del tema presentado por el Dr. Belaval, el Dr. Avilés presentó un caso de cirugía abdominal de sumo interés por tratarse de la resección del ciego, colon ascendente y parte del transverso con un magnifico resultado. El Dr. Giuliani informó sobre la patología del caso.

El Dr. Matanzo habló sobre algunos casos clínicos y demostró un caso típico de tracoma, en un nativo que nunca ha estado fuera del país.

La tercera sesión científica se llevó a cabo en el mes de Abril donde los doctores Ramos Casellas y Saldaña expusieron respectivamente el tema del tratamiento de las diarreas agudas infantiles y la epidemia actual del Sarampión bajo el punto de vista médico social.

Ambos conferencistas recibieron merecidas felicitaciones.

INFORMACION GENERAL

Nuevas Directivas de las Asociaciones Médicas de los Distritos Norte y Sur para el año 1917

Distrito Norte:

Presidente. Dr. José E. Saldaña; Vice Preeidente, Dr. Francisco Hernández; Secretario, Dr. Rafael Bernabé; Tesorero, Dr. Esteban García Cabrera; Consejeros, Drs. José Gómez Brioso, Victor Gutierrez Ortiz y Eusebio Coronas.

Delegados a la Cámara: Drs. Salvador Giuliani, Manuel Ferdández Nater, Rafael López Sicardó, Luis García de Quevedo, Julio Barreiro, José S. Belaval Francisco del Valle Atiles, Pedro Ramos Casellas, Miguel Rosés Artau.

Distrito Sur:

Presidente, Dr. Guillermo Salazar; Vice Presidente, Dr. Rafael Vélez López; Secretario, Dr. Alfredo Férrán; Tesorero, Rafael López Nussa.

Delegados a la Cámara: Drs. Manuel de la Pila Iglesias, Arturo Torregrosa, Leonardo Igaravidez, Pedro Malaret, Sr , Pedro Perea Fajardo y Manuel Guzmán Rodríguez, Sr.

Miembro Honorario de la Asociación Médica de Puerto Rico. Por un acuerdo de la Asamblea de la Asociación celebrada en Ponce en el mes de Diciembre, el Dr. Juan Guiteras, Director de Sanidad de la isla de Cuba y miembro de la Fundación Rockefeller, fué nombrado miembro honorario de esta Sociedad.

Miembro Corresponsal de la Asociación Médica de P. R. Cumpliendo con un acuerdo de la Asamblea el Dr. Augusto Da. Matta, conocido en el mundo científico de Sur América, fué nombrado miembro corresponsal de nuestra Asociación.

Nuevo régimen político para nuestra isla: El pueblo de Puerto Rico está de plácemes al haber firmado el Presidente Wilson el proyecto de Ley Jones donde se nos concede la ciudadanía americana y una forma de gobierno más liberal para el país. La Asociación Médica de Puerto Rico no desea permanecer indiferente ante tal cambio de orientación y siendo ella la primera organización de su clase de haberse incorporado a la Asociación Médica Americana sin ser aún nosotros ciudadanos americanos, en la reunión de la Directiva se

acordó concurrir a los festejos que se hagan en San Juan para celebrar la nueva Ley, así como nombrar una Comisión que vea al Gobernador Yager compuesta del Presidente, Dr. Gabriel Villaronga; Vice Presidente, Dr. Jorge del Toro y Conceieros, Drs., Walter Glines y Gutierrez Igaravidez para presentarles sus respetos en nombre de la Asociación y a la vez prestar su decidido concurso al Gobierno.

Nuevos Miembros de la Asociación. Han ingresado en nuestras filas ultimamente los siguientes compañeros: Juan Gil de Roffignac, José Mendin, Enrique Matta, Mariano Riera López, M. García de Quevedo y Ramóu Ruiz Arnau.

Conferencias mensuales de la Asociación Médica del Distrito Norte. Con selecta concurrencia se están llevando a cabo, habiendo dado una en el mes de Febrero el Dr. Isaac González Martínez titulada: "Schistosomiasís o la Bilharsioris en Puerto Rico"; la del mes de marzo se llavó a cabo por los doctores José S. Belaval con el tema, "Mortalidad Infantil en Puerto Rico". J. Avilés con un caso de extirpación del ciego, colon ascendente y parte del transcurso. Francisco Matanzo con presentación de varios casos de enfermedades de los ojos.

Ambas conferencias han merecido entusiastas elogios de los señores médicos concurrentes, dada la importancia de los temas expuestos y la copetencia conocida de los conferencistas.

Propaganda en el Distrito Sur en beneficio de la Asociación. Activa, en extremo es la que está llevando a cabo nuestro ilustrado Presidente Dr. Villaronga, de la Pila y Ferrán para visitar los pueblos del Distrito. Creemos dicho viaje influirá mucho en levantar el número de miembros así como, el prestigio de la Asociación.

Comité para la profilaxis del Cáncer en esta isla. La Directiva en su última sesión acordó, nombrar el siguiente Comité de propaganda, de acuerdo con la Comisión del Cancer en los Estado Unibos, la cual ha sido organizada con el objeto de educar al pueblo de los peligros de tan grave enfermedad: Dr. José Gómez Brioso (Chairman). Drs. Salvador Giuliani, Jorge del Toro, Jacinto Avilés. José S, Velaval, Walter Glines y M. Fercández Nater.

Reuniones de la Directiva. Mensualmente celebra sus reuniones, tratándose en ellas asuntos de palpitante actualidad y de interés para la clase médica del país.

Se encuentra organizada de la signiente manera para este año de 1917: Presidente, Dr. Gabriel Villaronga, Ponce; Vice Presidente, Dr. Jorge del Toro, Tesorero, Dr. J. Avilés; Secretario, Dr. Agustín R. Laugier y Concejeros, Drs. José Gómez Brioso, Pedro Gutierrez Igaravidez y Walter Glines.

Personal. El distinguido cirujano Dr. Jorge del Toro, Vice Presidente de la Asociación regresó hace poco de los Estados Unidos completamente restablecido después de haber sufrido una operación de apendicitis en la ciudad de Nueva York.

Saludamos cordialmente al querido compañero,

El Dr. Ramos Casellas ha trasladado su residencia a esta ciudad, donde ha sido nombrado médico titular de Puerta de Tierra en sustitución del Dr. Martínez Roselló quien renunció.

Reuniones Médicas. En el Hospital Municipal, de Santurce, se están llevando interesante reuniones de carácter científico donde se tratan asuntos médico-quirurgicos de interes para la profesión. Las noches de los martes de 8 a 10 son las elegidas desarrollándose en ellas diferentes temas por los señores médicos conferencistas. Asisten a estas reuniones los doctores Francisco R. de Goenaga, Jorge del Toro, Rafael López Sicardó, Jacinto Avilés, Salvador Giuliani, Guillermo H. Barbosa, Antonio Martínez Alvarez, Agustín R. Laugier, Luis B. de la Vega, Diego A. Biascochea y Rafael Bernabé.

Nuevos Médicos. En los exámenes vericados en el mes de Octubre del año pasado se examinaron 29 médicos siendo aprobados 21, estando representadas las siguientes Universidades y Colegios.

"Maryland University" 6, "Jefferson Medical College" 2, "Temple University" 2, "Harvard University" 1, "Nebraska University" 1, "Emery University" 1, "Universidad de Santiago de Galicia (España, 1, "George Washington Universtty" 1, "Medical College of Virginia" 1, "Bennet Medical College" 1, "Chicago College of Medicine and Surgery 3 y "Med. Chir. College of Phila" 1.

Nuevo Hospital Presbyteriano. El 26 del próximo pasado mes se inauguró el nuevo y moderno hospital Presbyteriano en Santurce, parada 46, La inauguración llevóse a cabo con todo el ceremonial propio del caso, la numerosa y selecta concurrencia que asistió al acto fué esplendidamente atendida y obsequiada por la Comisión del hospital nombrada para tal efecto.

El hospital costó $145,000 siendo todo de concreto y reuniendo todas las ventajas higienicas de un moderno hospital.

Nuestra Asociación estuvo representada por el Vice Presidente Dr. Jorge del Toro, en sustitución del Presidente Dr. Gabriel Villaronga, quien a última hora delegó en él por serle imposible asistir.

El discurso del Dr. Toro que fué hecho en inglés lo transcribimos.

Ladies and Gentlemen:

The president of the Medical Association of Porto Rico, Dr. Ga-

briel Villaronga has been unable to attend this dedication, and at a very late hour I have been obliged to take his place.

The Medical Associatión of Porto Rico considers it an honor to have been invited to take part in this ceremony, and we hope that this act of remembrance from the Presbyterian Hospital towards the Medical Association will be a good omen of a closer relationship between the Hospital towards the Medical Association. In the past we have always regreted that the good scientific work done institution in its old quarters has been somewhat ~~by this~~ distant from the Association. Advancement in scientific work is always a private affair in its innitial state, but for the good of humanity it must be widely spread once it is established, and this last is what we expect of this new and modern Hospital. The men working here have had time enough to hold their scientific work in its innitial state, and more intensive life this hospital has taken, these men will through our Association spread their knowledge.

The Medical Association, as well as the medical professjón at large, must congratulate itself upon this event. There are mauy things in a country that may be claimed to show its state of civilizacíón, but I believe that there is none like the hospital. A country may have splendid building, beautiful streets, may be progressive in business, schools, government etc, but look for the bospitol that they will tell more than anything the degree of civilization, and so, we are all proud to be here today for this dedication and be able to admire this splendid building and to know also of its humane and efficient work. We all love advancement and strive for it, and when wishes and efforts crystalize like this, it becomes a motive of rejoicing for all to know that good work is always rewarded.

MEDICAL MOBILIZATION AND THE WAR

State Committee for Porto Rico on Red Cross Medical Service

The fallowing doctors habe been appointed by the National Committee at Washington, D. C. to organize the State Committee for Porto Rico on Red Cross Medical Service.

Drs. W. F. Lippitt, B. K. Ashford, W. A. Glines, J. Avilés.

The Northern Medical Society of Porto Rico will hold a meeting to discuss matters concerning medical preparadness during time of war.

Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

1917.

Presidente: Dr. Gabriel Villaronga,
Ponce, P. R.

Vice Presidente: Dr. Jorge del Toro Cuevas,
San Juan, P. R.

Secretario: Agustín R. Laugier,
San Juan, P. R.

Tesorero: Dr. Jacinto Avilés,
San Juan, P. R.

CONSEJO

Dr. José Gómez Brioso, San Juan, P. R.

Dr. W. A. Glines, San Juan, P. R.

Dr. Pedro Gutierrez Igaravidez, San Juan, P. R.

SUMARIO

PÁGINA

LA CONQUISTA DE LA SEPSIS
Dr. Francisco del Valle 47

LAS GASTRO ENTERITIS INFANTILES SON DE ORIGEN EXOGENO O ENDOGENO
Dr, Manuel Quevedo Báez 51

TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS AGUDAS DE LA INFANCIA
Dr. Pedro Ramos Casellas 60

CAPSULAR FIBRO LIPOMATA OF THE FATTY CAPSULE OF RIGTH KIDNEY: REPORT OF A CASE
Dr. J. Avilés 66

UN CASO DE BLOQUEO DEL CORAZON
Dr. A. Martínez Alvarez 69

UN CASO DE LEUCEMIA LINFATICA AGUDA?
Dr. Salvador Giuliani 71

NOTAS DE NUESTROS CANGES:

(a) MENINGITIS CEREBRO ESPINAL 74

(b) UN GRAN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA .. 74

(c) EL VALOR NUTRITIVO DE LAS BANANAS 76

BIBLIOGRAFIAS:

(a) EL HUESPED INTERMEDIARIO DEL SCHISTOSOMUM MANSONI EN VENEZUELA
Drs. J. Iturbe y González 83

(b) RECURRENT ACRODERMATOSIS OF WARM COUNTRIES
Dr. R. Ruiz Arnau 83

(a) EL SECRETO MEDICO
Dr. Venancio J. Hernández 83

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PTO. RICO
ORGANO OFICIAL
PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECVIVA

AÑO XIII JUNIO 1917 NUMERO 115

LA CONQUISTA DE LA SEPSIS

Dr. F. del Valle Atiles.

Dakin y Carrel son los nombres que van unidos en la ciencia moderna a una de las conquistas más beneficiosas para una gran parte de la humanidad, expuesta a los azares de la guerra; la conquista de la sepsis en las heridas que reciben en campaña los soldados, es uno de los más valiosos triunfos alcanzados por la cirugía moderna.

No vamos en este artículo a dar una nota original, sinó a exponer lo que sabemos acerca del asunto, condensado en forma apropiada para divulgar un método que por nuevo y eficaz bien merece que sea extensamente conocido. Nuestro trabajo es pues de compilación de algunos de los datos que consideramos más útiles, y que estando ya probados, no han menester mayor sanción de la que ya le han acordado los cirujanós más notables del mundo.

Es de un asentimiento común entre los cirujanos que en las heridas producidas por los proyectiles de guerra, la curación depende del saneamiento temprano de la lesión. De aquí la necesidad de desbridar, de extraer los cuerpos extraños: proyectiles, trozos de vestidos, esquirlas, de separar los tejidos lacerados y condenados a morir, etc, en fin de quitar de las heridas todo lo que sea o pueda ser causa de que se convierta en un foco de pululación microbiana. La primera cura es por tanto la más importante para asegurar un buen resultado en todo tratamiento de herida.

Pero es evidente que no siempre son posibles los desbridamientos necesarios, ni basta separar los cuerpos extraños para producir una asepsia; y de aquí la importancia del método de Carrel para usar el líquido Dakin, con el cual se asegura la antisepsia de cualquier herida; y si se la preserva de toda nueva infección exterior, la pondremos en condiciones de cicatrizar por si sola.

Ahora bien el empleo de un antiséptico no consiste simplemente en la aplicación microbicida, sinó en la acción no interrumpida de esta sobre toda la superficie traumática, toda vez que de otro modo

aquellas partes no atacadas por el agente germícida no quedarian esterilizadas.

Como dice el profesor Quenu, los medios de sanear una herida, puestos hoy a disposición del cirujano, son mayores que los que conoció el gran Lister. Hoy sabemos que se emplean la exposición al sol, las irrigaciones de aire caliente, la aplicación de los rayos de la lámpara eléctrica, los anticuerpos, la excitación del poder fagecitario de los leucocitos, el uso de soluciones hipertónicas, el estímulo producido por agentes químicos o de otra índole, el barrido de los albuminoideos, medios todos antisépticos, que, según su acción, pueden clasificarse como microbicidas, disolventes, etc.

El Dr. Quenu, asignando la importancia debida a la asepsis, entiende que ha de perseguirse el propósito de obtener la desinfección completa de la herida por una antisepsia suficiente, y ello es precisamente lo que se puede lograr cuando se aplica el método de Carrel de conformidad con las reglas dadas por éste; método que reposa en la esterilización química de la herida, obtenida a beneficio de un líquido que se aplica de cierto modo. El líquido esterilizador es el licor *Dakin*, solución de hipocloruto de sosa, modificado actualmente de modo a evitar los inconvenientes que antes ofrecía; lo cual se ha conseguido sustituyendo en la solución el cloruro de cal comercial, variable en su composición y tenor conocidos y suprimiendo además el ácido bórico.

La nueva preparación de la solución de hipoclorito de sosa llamado licor *Dakin* es como sigue:

1º Para preparar 10 litros de la solución pesar exactamente;
Cloruro de cal al 25% de cloro activo:..........200 gramos
Carbonato de sosa seco, (Carbonato de sosa Solvay) 100 gramos, o en defecto de éste, Carbonato de sosa cristalizado....285 gramos.
Bicarbonato de sosa....80 gramos.

2º Introducir en un frasco de 12 litros los 200 gramos de cloruro de cal y 5 litros de agua común, agitar fuertemente por dos o tres veces y dejarlo en contacto durante una noche.

3º Disuélvase en frio en otros 5 litros de agua común el carbonato y el bicarbonato de sosa.

4º Verter de una sola vez la solución de sales de sosa en el frasco que contiene la maceración de cloruro de cal; agitar fuertemente durante un minuto, y dejar reposar para permitir que el carbonato de de sal se pose.

5º Al cabo de una media hora aspirar el líquido claro y filtrarlo a través de un papel doble para obtener un producto perfectamente límpido que deberá conservarse al fresco y al abrigo de la luz. La

solución antiséptica está entonces dispuesta para ser empleada quirúrgicamente y contiene poco más o menos o gramos 50 p. 100 de hipoclorito de sosa, con pequeñas cantidades de sales de sosa neutras. Es manifiestamente isotónica al suero sanguíneo y debe responder al ensayo siguiente:

Ensayo: Verter unos 200 cc. de la solución en un vaso y dejar caer en la superficie del líquido algunos centígramos de fenoltaleina *en polvo*. Agitar todo, imprimiendo al vaso un movimiento circular como para enjuagar sus paredes; el líquido deberá quedar incoloro. Una coloración roja más o menos intensa, indicará la presencia de una cantidad notable de alcalí libre o incompletamente carbonatado, imputable a una falta de técnica.

Titulado de la solución: Medir 10 cc. de la solución, añadir 10 cc. de agua destilada, 2 gramos de ioduro de potasio y 2 cc. de ácido acético. Verter en la mezcla una solución deci-normal (2.48 por 100) de hiposulfito de sosa hasta decoloración. Sea *n* el número de cc. de hiposulfito empleados; el título en hipoclorito de sosa por 100 cc. del licor, será dado por la acuación.

X = N x O. 037.

Escollos que deben evitarse: No se deben calentar nunca las soluciones; si, en caso de urgencia, hay que recurrir a la trituración del cloruro de cal en el mortero, no hacerlo más que con agua, jamás con la solución de las sales de sosa.

Veamos ahora en que consiste el método de Carrel o sea la esterilización química de la herida y su técnica. Según Carrel dejó establecido en sus *Principios de la esterilización de las heridas*, para que un antiséptico químico esterilice, es preciso que se ponga en contacto íntimo con los microbios que infectan la herida; cosa difícil de realizar, pues exije que la sustancia germicida penetre por todos los rincones de la herida, sin cuyo cuidado no se alcanza el fin perseguido. Preparada convenientemente la herida, libre de todo cuerpo extraño y separados los tejidos mutilados, es decir, puesta en las condiciones más favorables para que el líquido antiséptico penetre como se desea, hasta las más profundas y recónditas regiones de la herida y bañe todas sus paredes; ha llegado en momento de usar la solución Dakin para lo cual se emplean tubos de caucho de 3 a 8 milímetros de calibre; estos tubos algunas veces presentan una o dos aberturas cerca de su extremidad, y otros son cerrados con pequeños agujeritos en uno de los lados.

El profesor Quenu, refiriéndose a esta importante parte del método dice:

"La instilación se operaba en los heridos de M. Hornus y Pe-

rrin con el auxilio de tubos de caucho provistos de un pequeño agujero a un centímetro de su extremidad y envueltos por compresas de gasa. Los tubos se ponian de modo tal que los rincones y recodos de la herida fuesen bañados por irrigaciones de 30 a 40 cc. cada dos horas, a una presión de un metro próximamente.

El apósito era mantenido por una venda que dejaba pasar la extremidad del tubo y en la cura no se empleaba algodón hidrófilo. Esta cura se renovaba todos los dias al principio y luego cada dos dias. Ensayos efectuados por el bactereólogo diariamente, permitía seguir la marcha de la flora microbiana. Cuando al cabo de 6 a 15 dias el bactereólogo declaraba la herida esterilizada o casi esterilizada, se procedía a la sutura secundaria; o si la pérdida de sustancia era muy grande, se aproximaban los labios de la herida por medio de vendas elásticas y broches".

La habilidad del cirujano está puesta a prueba en la colocación de los tubos de instilación y desagüe. Un aparato cuenta gotas puesto en comunicación con los tubos, facilita la instilación, cuya acción ha de curar algún tiempo y debe renovarse de contínuo.

En las heridas superficiales la infección no resiste a las instilaciones hechas cada dos horas, por más de dos dias; en las profundas, la disminución de los microbios es mucho más lenta, y está en relación con la importancia del traumatismo; sin embargo aún en los casos mas difíciles, M. Carrel ha obtenido una desinfección rápida, en las heridas sépticas y complicadas con fractura, en pocos dias.

La efectividad del método se manifiesta por la disminución progresiva de los microbios, por la ausencia de fiebre y mejoría del estado general del enfermo y de la herida; lo cual ha hecho posible el que se cierren las heridas, muy graves algunas veces, a los 12 o 15 dias de empezado el tratamiento.

La Prensa Médica de la Argentina del mes de Marzo trae las observaciones hecha por los doctores J. Penna, J. Bonorino Cuenca y R. Kvaus sobre el tratamiento del carbunclo humano por el suero normal empleando la via endovenosa. Han tratado 40 casos y todos fueron curados.

LAS GASTRO-ENTERITIS INFANTILES

son de orígen exógeno ó endógeno? (*)

Dr. Manuel Quevedo Baez

Distinguidos compañeros:

Si alguna enfermedad le dice al clínico que no se detenga solamente ante las platinas de los microscopios para atisbar o inducir las causas morbosas, y le advierte que debe constar siempre con otros factores, muy influyentes, en la constitución de los procesos patológicos; esta enfermedad es, la GASTRO-ENTERITIS de los niños de pecho.

¡De cuantas enfermedades no podría decirse lo mismo y atraer al clínico del lado acá de las investigaciones microscópicas, que alucinando la mente con el factor micróbico, lo inclina a pensar, que todo problema de patogenia está resuelto y desdeña, por eso, la contribución, de suyo tan importante, del campo orgánico o sea el de la naturaleza, donde todo fenómeno lo mismo para la vida que para la enfermedad y la muerte, tienen su asiento!

Ya las corrientes que se van avecinando, vienen atrayendo la mente del clínico en estas direcciones.

La época de la etiología no ha pasado, pero élla cede franco el camino a la patogenia.

El organismo humano, siendo el campo en el que se realiza el proceso de la enfermedad, no puede ser factor pasivo, que ceda las actividades naturales de defensa y reacción de que dispone, a las actividades que despliega un agente micróbico con más o menos aptitudes para perturbar el equilibrio orgánico.

Si un buen concepto de clínica nos dice, que la infección no es, sinó el resultado de un desequilibrio, en el cual el agente injuriante actúa a beneficio de un *locus minoris resistentia*; bien se comprende que, antes que el causal agente responsable de la enfermedad ante el microscopio, están las perturbaciones funcionales, que alterando la bioquímica del organismo, crean un medio apto para que en él pululen y se desarrollen los agentes patógenos.

Aún no está suficientemente explorado el mecanismo de las enfermedades, y, si es el porvenir el que debe cuidar de conocerlo, al presente le corresponde actuar en esa dirección para no malograr actividades que se esterilizan, hoy, en otro campo de acción.

(*) Conferencia celebrada en la Asociación Médica del Distrito Norte de Puerto Rico el día 24 de Mayo de 1917.

Toda enfermedad tiene una fisonomía clínica, que definen distintamente, para el individuo, la zona o región donde reside, la raza, el sexo, la edad, los hábitos, la herencia, el oficio, arte o profesión, etc.

Es un hecho reconocido por la ciencia médica, que las enfermedades son diferentes en su expresión fisiognómica, según el país en que ellas se desenvuelven.

Y, es bien sabido, también, que las entidades morbosas tienen un privilegio de localidad o de región. ¿No lo dicen así, el paludismo, la fiebre amarilla, el beri-beri, la pelagra, etc.?

¿Es que definen igualmente, su fisonomía clínica la *pneumonia*, la *fiebre tifoidea*, etc., de los paises templados, a como la definen los paises cálidos?

En el mismo estado normal ¿quién se permitiría negar, que ciertas perturbaciones de función, que no llegan a ser tipos morbosos, no reconocen otra naturaleza o condición, que la que da a los individuos la región donde viven?

¿No es verdad, que la tara clorhidrica por ejemplo, del jugo gástrico, no es igual en todas las zonas y que un tipo de *hiper* o de *hipoacidez* domina, en unos paises más que en otros?

Además: una misma enfermedad, el sarampión pongo por caso, ¿es la misma en el niño, que en el adulto y, dentro de un mismo país, se manifiesta inflexiblemente, igual siempre, o es que toma, caprichosamente, una forma insidiosa y de agudización en unas épocas con preferencia a otras?

Si el factor etiológico es siempre el mismo, ¿por qué en épocas varias, adquiere o reviste una acometividad injuriante mayor que en otras?

Se dice, en Bactereología, que porque adquiere mayor virulencia.

Admitido. Pero ¿por qué se admite, para un organismo microscópico una aptitud diferente en su función patógena y se desdeña asignarle al medio cósmico, a la atmósfera, al terreno, a la circunfusa, en una palabra, su tanto proporcional de aptitud para imprimir con sus reacciones naturales, fisonomía especial al tipo de enfermedad por crear?

Estas conjeturas, van encaminadas a poner de relieve la significación clínica de la patogenia, su alto sentido; a pregonar que las obscuridades que aún existen en aquella dependen de nuestra ignorancia, nó, frente al por que, al *quare causa*, sinó al cómo de todo proceso morboso.

La patogenia es a la clínica, más que el concepto etiológico de las enfermedades.

Los factores específicos, que las determinan, están bien para de-

finirlas, para concer su verdadera naturaleza; pero, que al pié de la platina de los microscópios, donde se denuncian los agentes presuntos de ellas, no se abandone el fino discurrir que debe usar, como lente de honda y amplia visión, el clínico para sorprender o evidenciar los secretos del organismo enfermo.

La misma etiología, enseñoreada, a veces, de poder señalar el factor injuriante; cuando lo ha tenido ante sus ojos, al descubierto y lo ha definido y dádole nombre, ha vacilado y se ha sentido impotente para comprender el complicado proceso de la enfermedad.

Cuando, en clínica, se haya dicho la última palabra sobre etiología, habrá, siempre, de lado de la patogenia, un vasto campo por explorar, en donde aquella podrá abrir amplios surcos, echar fecundos cimientos y espigar los más sabios y categóricos conceptos de la ciencia médica.



Ahora, entremos en el tema, que nos hemos asignado, no sin antes hacer constar, que no tenemos la pretensión de decir nada que supere a cuanto aquí han dicho, sabia y brillantemente, compañeros distinguidos de esta Asociación, en la sesión científica celebrada hace pocos días.

Si nuestro trabajo puede aceptarse, como una modesta contribución al estudio hecho, ya, acerca de las enteritis y gastro enteritis de la infancia por el estudioso e inteligente compañero Dr. Ramos Casellas, no van, más allá, nuestra intención ni nuestros deseos.

El médico estará, siempre, desarmado para luchar con éxito, frente a este problema, mientras no le auxilien en su obra, que es más social que médica, los elementos extraños a nuestra ciencia; es decir, esa masa social que se agita en solicitud de un bienestar económico y de satisfacciones, y que divorcia a las mujeres de los hogares, llevándoles, lejos de las cunas, donde quedan los hijos huérfanos de sus cuidados, para lanzarlos a la brega fatigosa de los talleres.

En este problema, el médico llega tarde a reparar el daño, que a los niños pobres infirió la misma sociedad.

La sociedad se disputa la brega de los brazos femeninos y el girón de vida desquiciada, que queda del niño, se le entrega al médico para que su piedad o su ciencia rectifiquen el daño inferido.

Es una desgracia, que la mujer moderna, atraida por la influencia de un feminismo disociador y aberrante, abra puertas a los hogares para abandonar en ellos, a la inclemencia de un frío y calculado amor, el manantial único de espiritualidad que hizo grande a la mujer y que la consagró siempre como reina: el amor a su hijo.

El espíritu de esta sociedad moderna ha inferido un golpe de

muerte a la lactancia materna, el único panal, donde la abeja del amor podía hacer dulce y grata la vida.

El brazo mercenario de la industria ha colocado el taller frente al hogar. Las solicitudes de las ganancias han acallado aquel sagrado instinto que colocaba de pié, junto a las cunas, a las buenas madres.

La industria no tiene corazón; tiene amplias y monstruosas arcas, y, mientras llenan sus vientres insaciables, con el oro que todo lo tasa, lo compra y los prostituye, poco importa que el alma infantil vacilante y enferma, franquée las fronteras de la muerte, si ésta es muda y frente a las tumbas que se abren, no se sienten más rumor ni más lento rodar que los de las lágrimas.

Si el taller paga salario deficiente al hombre y se hace necesario para el sostenimiento del hogar, el concurso de la mujer; si no siendo así, es que el placer y el vicio distraen en sus ocios al hombre y éste no aporta contribución suficiente para los gastos de la casa; si es solo la fiebre del feminismo la que empuja a la mujer a salirse de su medio natural y propio; lo que ello sea, problema a resolver es por la sociología.

Nosotros, como decíamos antes, llegamos tarde, cuando el desastre se ha consumado y la enfermedad reclama nuestros auxilios.

Se han esterilizado antes, ya, las cunas que la previsión y la caridad instalaron en los talleres; la concesión de horas determinadas a las madres para la lactancia de los hijos y hasta los socorros administrados a las mujeres que lactan.

En plano igual de estéril ruina, han caminado instituciones nobilísimas, como la "*gota de leche*" los "*dispensarios*" las "*cunas*" y las "*consultas gratuitas*", porque el mal que hace infecundas estas obras de filantropía, no se satisface con solo la contribución del dinero que cubre y paga los gastos, que todas esas obras representan; el mal está más hondo; ni los cuidados ni la solicitud ni los besos ni la leche de las madres pueden ser substituidos.

Aunque quedaran las mujeres ofrendando todas las ternuras que ellas guardan en el corazón; sería estéril su actuación, no existiendo, entre ellas, la verdadera madre: la que ha de velar junto a las cunas y la que ha de exprimir sus jugosos pechos para dar alimento y vida al hijo.

La civilización, seguramente, habrá de avergonzarse de haber tenido, en los albores del siglo XX, que crear las cunas, es decir, escuelas de alimentación artificial.

La sociedad moderna, haciendo causa común con el industrialismo, se deja engañar con el artificio de las leches esterilizadas, olvidando, que la naturaleza del niño en sus glándulas gástrica e intes-

tinales, no está preparada para digerir ni para asimilar esa clase de leches.

Aún cuando la leche, de por si, no produjera la gastro enteritis, la fatiga, el surmenaje sufrido por esos órganos, bajo el influjo de tales leches, habría cultivado el campo para fomentarla, porque allí estarán, siempre, a modo de guardianes, los microbios patógenos aguardando el instante para invadir el terreno.

Lo que no fuera creado por la mala condición de la leche o por transgresiones en el orden y regularidad de las tetadas, lo crearía la influencia estacional del verano con sus grandes y excesivos calores.

Claro está, que sino actúa virtualmente, la leche, porque sea ella conductora de microbios, cuando menos determinando cansancio funcional en los órganos digestivos del diño, habrá de reconocerse, que élla es, una causa ocasional del proceso gastro-enterítico.

Admitiendo, para otros casos, ser un bacilo o microbio determinado la causa exclusiva de una gastro-enteritis, habriamos aceptado la especificidad para esta afección, cosa no comprobada ni admitida aún.

El problema de la etiología abarca un campo muy extenso, dentro del cual cabe exponer las causas, que a élla predisponen y las que pudiéramos llamar determinantes.

Incluimos entre las primeras, úna que nuestra experiencia ha venido mostrándonos, en el curso de estos ocho o diez años últimos, consagrados con cierto interés y devoción a cuando se relaciona con la infancia.

No, sólamente, la acción del calor nos ha enseñado la observación, influye en el desarrollo de las gastro enteritis, sino la acción de la humedad.

Hemos tenido ocasión en etos años pasados, de visitar ciertos barrios extra de San Juan: la zona de Puerta de Tierra, que parte hacia el Sur de la vía del ferrocarril y la zona de Santurce en las inmediaciones de las calles de Cerra y Ernesto Cerra y la de Miramar.

En la época en que las lluvias comienzan, estos terrenos arenosos con subsuelo impermeable, se saturan de agua y, bajo la acción del calor, las substancias orgánicas, en ellos diseminadas, sufren una descomposición pútrida, cuyo vaho mefítico se respira.

De por sí, el calor no puede obrar él solo, como un factor casual. Deben existir otras condiciones atmosféricas que favorezcan el desarrollo de la enfermedad.

Insistir en determinar dónde y cómo reside el factor casual, sería mucho en favor del dato etiológico; pero permanecería en pié, el interrogante que la observación hiciera, cuando poniendo en juego otros

factores, pidiera explicación del alcance que ellos tienen, en la determinación del proceso morboso.

Cítese en abono del alcance que puedan tener esos factores, lo que signifiquen las faltas de régimen en cuanto a la alimentación del niño; lo que sean las irregularidades o en una palabra, lo vicioso de aquella.

¿Qué principio científico o que regla de método establece la debida proporción entre la capacidad digestiva y asimilatoria del niño y la cantidad o calidad de leche que se le administra?

Este primer trastorno de función, que más luego, habrá de ser una perturbación nutritiva, ha de crear un campo favorable al desarrollo de microorganismos.

Es, entonces, cuando han de venir las fermentaciones de substancias tóxicas, verdaderos injuriantes de la integridad anatómica del intestino, y campo de diseminación de esas toxemias en el organismo.

Más allá de donde alcance la perturbación de la química biológica, irán las infecciones desarrolladas a ese respecto.

¿Qué otro momento ni otra oportunidad, más propicia puede encontrar el colibacilo, por ejemplo, para ganar el torrente circulatorio y, así, infectar el organismo? Y quién dice del colibacilo dice de sus asociados: el bacilo cromófilo de *Escherich*; estrepto-coco de *Marfan* y *Marot*, el *piocianico* de *Nobercourt*, o *el proteus*.

Así, discurriendo, en este orden de cosas, estaríamos inclinados a pensar y a sostener, que, en el proceso creado por las fermentaciones, lo mismo cuando éllas son debidas al azúcar o a la grasa o también a las materias azoadas, creando estados enteríticos con signos de putrefacción, cabria descarter al estrepto-coco al eslaficooco etc. como agentes causales exclusivos, de los accidentes digestivos en los niños.

El mismo cuadro clínico de ellos, nos permitiría ir, por inducción poniendo de relieve sus factores determinantes.

¿Qué son el meteorismo y los gases, los vómitos y las regularitaciones, que concurren en los casos de *gastro-enteritis*, sino la expreslón clínica del fenómeno de las fermentaciones?

Habriamos llegado, siguiendo en estas consideraciones, al punto extremo, de tener que dilucidar, si estos procesos objeto de nuestro estudio tienen un carácter decidido y francamente infeccioso, como se inclinaban a considerarlos Hutinel, Lesage y Tierselin, por el predominio de los fenómenos de infección o si debiéramos considerarlos como accidentes tóxicos, derivados de un proceso inicial de fermentación, que favoreció el cultivo de los saprofitos intestinales.

¿Es endógeno o es exógeno el origen de las enteritis infantiles?

———

Antes de entrar en el fondo de esta cuestión, para definir la naturaleza de las enteritis o gastro enteritis, con relación al carácter que éllas tengan, bien exógeno o endógeno; parécenos conveniente y, hasta lógico, que determinemos, de modo preciso, si estos términos han de comprender lo *micróbico* o *bacteriano* o algo circunstancial, en relación con el medio ambiente o con la misma naturaleza del sujeto enfermo.

Es clásica la división de las gastro-enteritis en exógenas, es decir aquellas cuya fuente de infección reside fuera del organismo, y endógenas, aquellas, en que se supone que los elementos de infección son preexistentes en dicho organismo.

Analizando todos los factores de acción externa o exógena, tenemos que referir aquellos que se relacionan directamente con la alimentación de los niños.

Se puede establecer, como axiomático, que todo niño criado artificialmente, está expuesto a perturbaciones intestinales de mayor o menor trascendencia; que lo están, aún, los criados al pecho, cuando la alimentación no obedece a un plan regular y metódico; que un periodo de la niñez, el de su dentición, es una causa predisponente y que las variaciones estacionales, es decir las épocas de grandes calores, favorecen la aparición y desarrollo con carácter epidémico, a veces, de esta enfermedad.

La mortalidad por diarrea, nos daría un contingente muy elevado a favor de los niños alimentados con biberón.

La leche de vacas, por su exceso de caseina, en relación con la leche materna, le dá una condición de mayor injuria para el organismo del niño.

No la leche, por ser de mala calidad, sino la mejor leche esterilizada, puede ser causa de gastro-enteritis, porque la producen el cansancio, la fatiga de función a que vienen obligadas las glándulas intestinales y gástricas del niño, no adaptadas por la naturaleza para digerir esa clase de leches.

Esta consideración dice, que, aparte el aspecto social de esta cuestión, por lo que tiene de humano, hay, en élla, un aspecto científico que condena por inadecuada, la alimentación con la leche de vacas.

Hasta ahora, las medidas sanitarias de protección social, se inspiran en requisitos de forma, más que en un análisis y estudio de las condiciones en que se obtienen las diferentes clases de leche que vienen a los puestos públicos.

Ciertos productos de alimentación de las vacas son bastantes a producir la gastro-enteritis, como se ha comprobado recientemente en Francia, donde el problema de esta enfermedad preocupa mucho a los

médicos higienistas y a los consagrados a las dolencias de los niños.

Pero, aún suponiendo, que la previsión de las autoridades sanitarias, satisfaga todas esas exigencias, aún queda el camino que ha de recorrer la leche, desde el puesto donde se expende, hasta que es utilizada para la alimentación del niño.

¿Qué importan todas las exigencias de la Sanidad y de la ciencia satisfechas, si en vasijas, que han sido lavadas con el agua impura del acueducto o en agua no privada de gérmenes, se recibe esa leche; si, después, esta misma ha de estar en contacto, más o menos directo, con las moscas; si personas poco escrupulosas han de manipular con élla; si el recipiente utilizado para el biberón no ha de ser objeto de una verdadera esterilización?

Pero yo no sé, si será ilusión esperar que las gentes pobres y aún las ricas, lleguen a formar un cabal concepto de lo que valen y significan esas medidas y lleguen a apreciar el valor de lo que es una esterilización, a los efectos de la salud y la vida de sus hijos.

Yo no sé si será ilusión esperar que esto suceda. Pero si no sucede, como no sucederá, algún día ha de llegar a tomar cuerpo la idea de que la crianza artificial de los niños esté controlada por algún centro o institución, que tome a su cargo esos cuidados, cuando llegue a la mente de los de abajo, que tal medida es salvadora, y pongan su mente y su corazón los de arriba, en que tal solución la imponen razones de humanidad y razones de celo y hasta de egoismo para la protección de tantos niños que hoy se malogran y que los pierden la comunidad y la patria.

Del lado ahora, del factor "*endógeno*" y, antes de incriminar a determinados microbios como responsables de las infecciones intestinales; tenemos, que representar, las causas que promueven la debilidad en los niños, dependientes, muchas veces, del alcohol y de la sífilis, y las taras por predisposición hereditaria, que hacen a unos niños más vulnerables que a otros.

Si la flora microbiana es responsable de muchas infecciones intestinales, no lo dicen así, los hechos, cuando comprueban que esa flora no se modifica de modo evidente, en el estado patológico y que además, no obstante las experiencias concienzudas llevadas a cabo, no se ha podido establecer una relación bien precisa entre la forma clínica de una enteritis determinada y una microbiana. Niegan los autores la especificidad de las gastro-enteritis. Al estrepto-coco hácesele responsable de ciertas formas de infección gastro-intestinal, habiéndosele encontrado, no solo en las escretas de los niños sufriendo de diarrea del verano, sino en las paredes del intestino y hasta en

las ubres de las vacas. Estas experiencias han sido corroboradas por Escrich y sus discípulos Libman y Hirh.

Marfan y Booker establecen, que los estrepto-cocos, en ciertas condiciones, pueden aumentar en número y poder virulento y hacen la aseveración de que éllos crean una de las formas de infección endógena en su condición de residentes normales del tubo intestinal.

Todo inclina a creer, que éstos y otros varios microorganismos, huéspedes habituales de esa porción del tubo digestivo, producen esas perturbaciones intestinales, pero, a condición, de que aquel por la fatiga o surmenaje de función, se encuentra perturbado y en estado de menor resistencia.

Si de estas consideraciones hubiéramos de derivar nuestro criterio acerca del tema que estamos desenvolviendo, estableceríamos que toda manifestación gastro-entérica en los niños es de orden exógeno, es decir de origen externo, 2, que la continuidad o evolución del progreso y su exaltación obedecieron a un origen endógeno: es decir, que estimularon el proceso los mismos microbios huéspedes habituales del intestino.

Del primer origen exógeno habla el hecho de que la gastro-enteritis ataca, de preferencia, a los niños sometidos a la lactancia artificial; que es, en la época del destete o del cambio de leche, cuando se presedtan; que su aparición coincide muchas veces con la época de los grandes calores; que las gastro-enteritis según se ha comprobado, tienen un carácter contagioso y epidémico.

Tributarios, tenemos que decirlo con dolor, son por excelencia, los niños criados con biberón.

Cuando esta triste afirmación derivada de hechos, tenemos que confesarla, nuestro primer impulso es de protesta al campo impío del industrialismo y del mercenarismo, que han puesto en bancarrota y comprometido tantas preciosas existencias, tantas generaciones de niños, sacrificadas esterilmente, no por un instinto de maldad o de crimen, sino por la inercia moral de nuestra sociedad, que estimulada por anhelos ambiciosos de fortuna y de bienestar, no ha tenido tiempo para substraer su mirada de las fuentes incitantes de los negocios y de los placeres, para volverla a las cunas, que, en los hogares de las familias pobres, se extremecen de frío y de indiferencia.

No se mueren de hambre nuestros niños, porque todavía hay una caridad que les cuida y les protege, pero nuestros niños mueren envenenados por los tóxicos de la gota de leche que se les ofrenda.

Las madres se alejan de las cunas y en los talleres sus energías se debilitan para ganar mezquino salario que no alimentará al hijo abandonado; algunas pesetas de éstas, que su labor adquirió en ho-

ras de dura y afanosa brega, correrán, luego, sobre el verde tapiz de los billares donde los ocios van a escanciarse, o saltarán, sobre mármoles de abyectos cafetines, para saldar el débito de las copas, ahí, en esos centros de corrupción que consumen el sentido moral, el honor y la dignidad del hombre.

Yo pido a esta Asociación, que de modo tan generoso quiere actuar en favor del problema más trascendental de la infancia, que no realice oficios de ciencia para acallar y extinguir el mal que persigue; que salga, fuera del campo médico y vaya más allá, en pleno campo social, porque aquí y sólo aquí es donde hay que solicitar el remedio.

La Providencia y el buen Dios de los niños enfermos, que mueren por defectos de alimentación en los primeros años de su vida, está en los brazos y en el alma de nuestra sociedad.

¡Qué sea el remedio social el que dé al traste con el remedio que la ciencia médica, se vé impotente para aplicar!

Y, nosotros, pobres médicos que recojemos el despojo enfermo de esa humanidad naciente, saquemos del fondo de nuestros corazones el amor y toda la piedad que son necesarios para suplir en el bien y en la salud, los recursos casi estériles e infructuosos de una ciencia que sí puede aliviar o cnrar males del cuerpo, se vé impotente para mejorar o sanar males del alma.

He dicho.

TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS AGUDAS EN LA INFANCIA (*)

Dr. P. Ramos Casellas

Con motivo del expléndido trabajo sobre mortalidad infantil leído en estos salones por nuestro entusiasta compañero Dr. Belaval, y siendo la enteritis una de las enfermedades que más contribuye a la alta cifra de la mortalidad, se me ha ocurrido escribir este trabajo que solamente contiene todo lo que vosotros sabéis sobre las diarreas de la infancia, pues hemos hecho una recopilación de cuanto se encuentra en nuestros mejores autores uniendo a la misma un número de datos que hemos podido recoger en nuestra práctica diaria durante los últimos diez años.

No es posible abordar el tópico del tratamiento de las diarreas infantiles sin hacer antes, aunque sea suscintamente una descripción de las diferentes variedades que requieren a su vez diferentes tratamientos, porque diferentes son sus síntomas y cursos.

(*) Trabajo leido ante la sesión científica de la Asociación Médica del Distrito Norte, Abril 12, 1917.

Ya está descartada la creencia de que todas las diarreas se deben a un organismo específico porque no solamente los experimentos de la Bactereología lo han demostrado, sinó que también los diferentes factores que contribuyen a provocarlas.

Algunas formas se deben a ataques banales de indigestión que ceden a un simple tratamiento y curan sin grandes trastornos de la nutrición. Otras formas más variadas que son también de un tipo indigesto, requieren un tratamiento más tenaz y curan con alguna pérdida de la nutrición, en cambio aquellas de tipos infecciosos siempre afectan grandemente a la nutrición y vitalidad del enfermito.

La clasificación de Kerr es la que nos parece más apropiada: clasifica estas diarreas en tres grupos:

1—Diarreas nerviosas agudas.

2—Indigestión intestinal.

3—Diarrea infecciosa.

4—Cólera infantil.

Diarreas agudas:—Este trastorno es caracterizado por deposiciones frecuentes y abundantes, pero de un color y olor normal. Las altas temperaturas del verano y el miedo son las causas que generalmente lo motivan, aunque a veces se manifiesta con carácter reflejo, como en la dentición dificultosa o cualquier enfermedad infecciosa que no es de origen intestinal. En otras palabras es una peristalsis aumentada y no depende de anormalidad en las funciones digestivas intestinales.

Indigestión intestinal aguda:—Se reconocen dos variedades: una debida a la deficiencia de las secreciones intestinales y la caracterizan frecuentes deposiciones de color y olor normal; pero conteniendo leche cortada, grasa y algunas veces mocosidades. La temperatura por lo general es normal, y si hay alguna es baja. Los trastornos constitucionales son nulos aunque pueden haber vómitos si la indigestión es también gástrica. La otra variedad es la *diarrea fermentativa*, que comienza por lo general con una alza de temperatura y con deposiciones grandes y frecuentes de consistencia acuosa, color verde o amarillo fétidos, espumosos y contienen gran cantidad de moco. Los síntomas constitucionales son algo intensos, hay vómitos y malestar general semejándose en este particular a las diarreas infecciosas, pero diferenciándose de las mismas por la rápida desaparición de la temperatura, tan pronto se logra el vaciamiento del intestino.

Diarreas infecciosas:—Bajo esta denominación podemos agrupar las diarreas que tienen casi los mismos síntomas clínicos del tipo fermentativo, pero los cuales por la persistencia de la fiebre surgieren la

probabilidad de una infección bacteriana aguda de la pared intestinal. Las diarreas asociadas con sangre en las deposiciones y con fiebre tenaz invariablemente se deben a una ilio colitis. Los síntomas constitucionales en estos casos son profundos, la fiebre es alta y puede ser continua o en los casos más graves de un tipo séptico, la inquietud del enfermo es evidente, a veces delira, hay dolor y distención abdominal y en algunos casos tenesmos. Las deposiciones son amenudo menos numerosas y más pequeñas que las de la indigestión intestinal aguda, pero hay gran cantidad de mocosidad ensangrentada (a veces sangre pura, verdaderas enterorragias) las cuales persisten lo mismo que la fiebre, por días y aún semanas. La lesión varía de una hiperenia de la membrana mucosa a ulceraciones de la misma; pero no es el grado de la lesión el que determina en ocasiones la gravedad del caso, sinó la virulencia del micro-organismo infectante.

Cólera infantil:—De intento he dejado para último término esta terrible enfermedad que en Manatí, cuando se presenta en forma epidémica diezma la población infantil. No hay ninguna diarrea infantil que cause tantas muertes ni que necesite con mayor urgencia de un tratamiento apropiado y vigoroso. El verdadero caso de cólera infantil se presenta súbitamente; un niño que a las dos de la tarde está gozando de perfecta salud a las tres se encuentra en un estado moribundo. Comienza la dolencia por vómitos tan contínuos y persistentes que aún en las localidades donde no es muy frecuente, alarma la familia. La madre manatieña tiene desgraciadamente tanta experiencia en el asunto, que a la llegada del médico le anuncia su diagnóstico. Casi nunca falla, minutos después cesan los vómitos y comienza la diarrea típica de agua de arroz, una deposición abundantísima sucede a la otra y el enfermito con su cara de ansiedad, sus ojos hundidos y moviendo incesantemente la cabeza, indica lo cerca que estamos de un fatal desenlace. Apesar de este cuadro depresivo la temperatura central es siempre alta, muy alta; no he encontrado un solo caso de cólera infantil sin fiebre alta, mientras ha durado el estado alarmante. Más tarde cuando el enfermo empieza a reaccionar, la temperatura baja considerablemente. Habéis notado que hablamos de la temperatura central; la periférica, por el contrario es siempre baja, a veces subnormal, y es de mal augurio cuando apesar de temperatura periférica normal y de síntomas constitucionales ligeros la temperatura central se mantiene alta.

Todas las diarreas agudas de la infancia ocurren por lo general en el verano. El cólera infantil ocurre siempre durante los días calurosos de tal suerte que en los meses de julio y agosto Manatí ofrece

una expléndida clínica de esta afección. Y entremos ahora en el tema de este trabajo:

Tratamiento de las diarreas agudas de la infancia.

Diarrea nerviosa aguda:—Como quiera que los síntomas de esta enfermedad no dependen de fermentaciones o infecciones del canal intestinal, los purgantes y las irrigaciones están contra indicados. Descanso es el primer tratamiento. Con esto y diluyendo el alimento con agua de cal 15 o 20 % es suficiente. No hay que usar drogas aunque en algunos casos he usado pequeñas cantidades de bromuro de soda asociados con algunas gotas de elíxir Paregórico.

Indigestión intestinal aguda:—El tratamiento de esta afección, bien sea irritativa o fermentativa es casi idéntico. El primer paso que debemos dar es el vaciamiento del tubo digestivo con el clásico calomel y aceite de castor. Siempre usamos el calomel a dosis refractas asociándolo con bicarbonato sódico y salol.

Calomelano ....0-06 gr.
Salol.................0-30 "
Bicarbonato sódico.....0-50 "

Divididos en diez papeletas una cada 15 minutos; dos horas después de la última administramos el aceite. Mientras se purga el enfermo le abstenemos de alimentación, aconsejando simplemente agua hervida. En el tipo fermentativo aconsejamos las irrigaciones del colón con solusión salina para arrancar a la brevedad posible el moco y el alimento sin digerir. Generalmente una sola irrigación es suficiente aunque en algunos casos es necesario repetirlas cuando las deposiciones subsiguientes al purgante contienen cantidades considerables de material fermentado.

Alimentación:—Por lo general 6 u 8 horas de dieta hídrica son suficientes, sinembargo si la fiebre persiste aconsejamos la continuación de esta dieta solamente durante 24 horas porque la diarrea ciertamente se agrava a causa del desfallecimiento producido por falta de alimento. Pasado este tiempo reasumimos la alimentación con leche pasteurizada fuertemente alcalina con bicarbonato de soda o 20% de agua de cal; poco a poco según los síntomas lo permitan, vamos retirando el elemento alcalino hasta dar leche pura.

Drogas:—Hemos usado para esta dolencia un sinnúmero de drogas y ninguna nos ha satisfecho tanto como el antiguo bismuto. La mejor preparación a nuestro juicio es el hidróxido (Crema de bismuto) cada cucharadita contiene 0-30 gr. de la sal y lo administramos a dosis de 1 a 2 cucharaditas antes de cada alimentación. Si las condiciones locales no permiten la conversión del bismuto en el sulfato,

como se demuestra por las deposiciones negras, añadimos a cada dosis 5 o 10 cgr. de azufre precipitado.

Tratamiento de las diarreas infecciosas:—El tratamiento de esta diarrea se semeja algo al de las causadas por la indigestión intestinal aunque hay cierta diferencia que depende del hecho de encontrarnos frente a una infección de la pared intestinal. Los purgantes y las irrigaciones deben comenzarse como tratamiento preliminar tan pronto se ve el caso y los últimos deben practicarse mientras las deposiciones contengan sangre, moco o pus. Al principio deben darse dos al día, disminuyendo a una tan pronto el caso lo permita. Si se mantienen las irrigaciones por semanas hacemos una gran equivocación, porque en vez de resultarnos agente emoliente no hacen otra cosa que provocar la irritabilidad rectal.

Alimentación:—En estos casos el paciente nos obliga a una dieta hídrica más prolongada, el niño no quiere alimento y muchas veces, pasados varios días nos hemos visto obligados a la alimentación forzoza, si llega este momento o si el apetito mejora le alimentamos con leche fuertemente alcalina y pasteurizada. En la diarrea infecciosa la temperatura puede persistir durante algunas semanas y la alimentación debe comenzarse a más tardar en el tercer día aunque las temperaturas sean elevadas. De la misma manera que no pensaríamos en mantener una dieta hídrica por más de tres días en un caso de fiebre tifoidea así tampoco debemos permitir que en estos casos se prolongue por más tiempo porque las diarreas infecciosas son, anatómicamente hablando, casos de iliocolitis. La fiebre se combate como en la tifoidea por la hidroterapia; nada es más fácil que bañar un niño. Si no hay grandes hiperpirexias nos conformamos con el baño de esponjas con alcohol y agua a treinta grados, pero si las altas temperaturas lo demandan, usamos el baño de inmersión tal y como lo aconseja Brand, pero suprimiendo el hielo a la cabeza que en niños muy jóvenes puede producir una gran depresión.

Cuando hay tenesmo y dolor abdominal aconsejamos el uso de las compresas calientes con trementina (una cucharadita de trementina para cuatro litros de agua caliente) y si esto no es suficiente para contener el tenesmo usamos los supositorios de cocaina al centígramo. Para contener la peristalsis excesiva usamos al igual que en las diarreas fermentativas la leche de bismuto pero hay casos que nos han obligado al uso de la morfina a dosis de un milígramo, dosis que puede repetirse si no han mejorado los síntomas pasada una hora.

Hemos dicho que en este tipo de diarrea también hacemos uso del bismuto. Posiblemente algunos de los compañeros aquí presentes no piensan conmigo en este particular, pues un sinnúmero de ve-

ces, frente a casos de esta índole como médico de cabecera o médico consultor al indicar la conveniencia del bismuto se me ha objetado al peligro de los astringentes en estos casos de diarrea. Pero es que el bismuto a dosis de 30 o 40 cgr. cada tres horas no obra como astringente; su acción es puramente mecánica formando una capa que proteje la mucosa inflamada contrarrestando al mismo tiempo las fermentaciones por su reacción alcalina. Debemos siempre recordar que el curso de una diarrea infecciosa es prolongado y febril y que el carácter y número de deposiciones no es normal hasta tanto no han cicatrizado las lesiones de la iliocolitis.

En ocasiones cuando la inquietud del enfermo es marcada, he llegado a mitigarla con el bromuro de sodio, pero en casos extremos donde una simple medicación no domina este síntoma, me he visto obligado a utilizar la morfina a dosis de un milígramo cada tres horas; por lo general dos dosis son suficientes.

Cuando el pulso nos demuestra un estado de depresión cardiaca a lo primero que recurrimos es al brandy quince o veinte gotas en un poco de agua. pero cuando esto falla y necesitamos un estimulante enérgico la estricnina a dosis de un quinto de milígramo es lo ideal.

Los vómitos cuando son de carácter incoercibles se dominan mejor por la abstención absoluta de alimentos, pero si persisten podemos recurrir al lavado del estómago.

Cólera infantil:—Ya hemos dicho que esta enfermedad comienza tan súbitamente, que en pocas horas, casi en minutos pone al niño en estado tan grave que la mayor de las veces llegamos tarde. El éxito pues del tratamiento de esta enfermedad consiste en actuar temprano y vigorosamente. El primer paso que hay que dar es reponer el suero perdido; la expoliación serosa es extrema desde los primeros momentos. Usamos del suero fisiológico a una dosis inicial de trescientos gramos para un niño mayor de un año, dosis relativamente alta porque con ella nos proponemos no solo reponer el suero perdido sinó que también cubrir futuras deficiencias de la próxima hora. Hecho esto nos dirijimos contra las altas temperaturas por medio de la balneación. Comenzamos por lo general con una temperatura de treinta y cuatro grados enfriando el baño gradualmente hasta bajar a treinta y aún hasta veinte y ocho grados; de esta manera defendemos los centros nerviosos, debilitados en grado sumo por la intensa intoxicación.

Patológicamente las autopsias no revelan cambios en la mucosa intestinal. Parécenos que se trata puramente de una infección exógena o endógena, por eso no combatimos de momento la peristalsis intestinal; al contrario la estimulamos por medio del calomel dosis

refracta y el aceite ricino. Más tarde cuando aparece el aceite en las deposiciones y continuan las pérdidas enormes de suero por el recto, inyectamos hasta conseguir efectos fisiológicos, sulfato de atropina a dosis de un diez milígramo cada dos horas. Si se prolonga la dehidratación por temor a la acumulación de cloruros, solemos usar alternativamente con la solusión fisiológica el suero glucosado. Atendiendo bien a la reposición del suero perdido es raro que el pulso decaiga, pero si ocurre esto estipulamos el corazón con la cafeina y la estrignina.

La alimentación de estos casos es de lo más importante. Mientras subsisten los síntomas violentos de las primeras horas nos abstenemos de toda alimentación; la horrible sed del enfermito es mitigada en parte por el suero. Más tarde cuando ha cesado por completo la irritabilidad gástrica y mejora el cuadro comenzamos con una alimentación inorgánica agua de cereales que continuamos por días haciéndola más concentrada según mejora el cuadro y hasta bien entrada la convalecencia no hacemos uso de la leche que comenzamos a dar bien diluida y cautelosamente; observando al enfermo muy de cerca pues hemos visto fatales recaidas precisamente por descuidos en este crítico momento. Estos son en síntesis mis puntos de vista sobre el tratamiento de las diarreas agudas de la infancia. Naturalmente que no he querido cubrir el tratamiento de las complicaciones que suelen surgir, porque abusaría de vuestra proverbial benevolencia demostrada en estos momentos en que tan pacientemente habéis escuchado mis palabras con un recogimiento religioso que agradezco de veras.

Ya lo habéis visto; nada de original contiene este trabajo; es simplemente una síntesis de cuanto hemos leido y oido sobre el particular, y el único propósito que me ha guiado a molestar vuestra atención, es el que ello sea motivo de una discusión que pueda darnos luces que alumbren nuestro camino profesional.

CAPSULAR FIBRO LIPOMATA OF THE FATTY CAPSULE OF THE RIGHT KIDNEY.

By J. Avilés, M. D., F. A. C. S.

VISITING SURGEON TO MUNICIPAL HOSPITAL, SAN JUAN, P. R.

As a condition of surgical interest, I report this case of perinephric fibro lipomata.

In studing the matter, I find that the condition always develops when a large portion of the kidney is destroyed, and it is found most frequently when one kidney has become destroyed by local causes; as, for example, the obstruction of the renal pelvis or ureter by a calcu-

lus, as it was the cause in the present case. In some cases of extreme atrophy of the renal parenchyma, the proliferation of fat, beginning in the fatty capsule, attains such a degree that the kidneys are replaced by a large lump of fat. There is another condition of lipomata of the kidney of non surgical interest, which according the researches of Grawitz seem to point to a suprarenal origen of some of these tumors, the original suprarenal tissue having changed its character by an abnormal deposition of fat in its cells, while a fibrous capsule is furnished to the tumor.

The lipomata developing in the fatty capsule of the kidney are rarely pure lipomata. They contain much fibrous tissue.

The capsular fibro-lipomata of the fatty capsule of the kidney are slow growing tumors. Pain, disturbance of urination, and hematuria are frequently absent. In many instances, not until the tumor has reached a considerable size, the patient's attention is not attracted. Digestive disturbances are some time present, due to intra abdominal pression or to abnornal renal frunction.

Adami says in regard to the diagnosis of perinephric fibro-lipomata:

A retroperitoneal (including perinephric) lipoma may be suspected where there is a very slowly growing tumor situated most often more, to one side than the other, accompanied by little disturbance of the general health, save progressive emaciation and eventual dyspnea, which is crossed by a length of intestine and gives a sense of fluctuation from which repeated punctures fail to draw any fluid. This sense of fluctuation distinguishes lipoma from sarcoma, and to some extent from myxoma.

The history of the case is as follows:

The patient, a female of thirty four years of age, was admitted to Municipal Hospital January 15, 1917. Family history negative.

Personal history:—Married twelve years ago. No children, no abortions. Menstrual periods normally. Some leuchorreal discharges since she married. Suffered and attack of diphtheria when a child, an attack of pneumonia when twenty years of age. States that about thirteen years ago, suffered from an acute colic pain over the epigastrium. Two years later, had another attack of same character. Every attack, lasting over one day. Since the second attack, has always complained of nervousness and general malaise. Dislikes foods especially coffee and milk.

Present history:—Her condition became worse since the last four years. The pain is rather constant over the upper right quadrant and under the right costal margin. Nausea and vomiting present, almost every morning. Loss of appetite. She feels a sensation of numbness over the right shoulder and hand of same side. The pain

is some times ameliorated by manual compression upon the upper right side of the abdomen. She feels fulness of the stomach when eating, accompanied by attacks of dispnea. The pain, some times, radiates around into the back and right shoulder. The foods, are not well tolerated. She says that when lying on the right side, the nausea and vomiting, disappear. When lying on the left side, she can not sleep. The vomit consists of food ingested the same day. Indiference to sexual relations. Usually constipated, bowels move every six days. At present, the patient feels sluggish, weak and unable to work, having lost many pounds in her weight.

Physical examination:—On palpation upon the right side, a big mass is easily recognized, giving an impression of an enlarged gall bladder or a tumor of the liver. Upon the lower part of the tumor. the percussion note, detects some tympanic sounds. On the right loin, the right kidney seems to be enlarged.

Urine examination:—Acid in reaction. Density, 1018. Turbid, with abundant particles of sediment. Albumine, some traces. *Biliary pigments, negative.* Numerous corpuscles of pus cells, some of them isolated and others, forming irregular groups. Numerous hematies. Considerable hyaline casts. Particles of descamated epithelium of the renal pelvis and upper ureter. Mucoids cells and detritus.

The Diagnosis:—The possible existence of a tumor of the right kidney with calculi is based in the following signs: The tympanic sound over the lower part of the tumor, the appearence of an enlarged right kidney, the abnormal constituents of the urine, showing destruction of the lining epithelium of both, renal pelvis and ureter, and the relation of functional disorders of the kidney, with those of the gastro-intestinal tract.

Operation:—Long vertical incision made through right rectus muscle. Muscular fascia is divided and muscles separeted. Peritoneum is opened. Bowels separeted out from the mass. A retro peritoneal tumor about the size of a child's head, corresponding to the fatty capsule of the right kidney, envolving the pelvis of the organ was found. After separetion of the tumor, and freeing it from adhesions, the pedicle of the kidney was ligated and the tumor and kidney removed.

The operation was completed by closing the retroperitoneal cavity. A drainage's rubber tube was put in the wound. The peritoneum, muscles, muscular fascia and skin were sutured by planes.

Post-operative course:—The rubber tube was removed at the fourth day of operation. The wound healed by primary intention.

The quantity of urine became normal on the sixth day, after an exclusively milk diet and plenty water to drink. No abnormal constituents were found in the urine, on a second examination.

Patient made an uneventful recovery, leaving the Hospital on the sixteenth day after the operation.

Pathological report:—The tumor was of globular shape. Weight 4 pounds. The tumor was encapsulated; its surface was smooth. A calculus conical in shape about the size of a lemon, was found in the renal pelvis. On section, the kidney was somewhat abnormal. The tumor was of firm consistence.

Microscopical diagnosis:—Fatty and fibrous tissues. (Fibro-lipomata).

Comments:—Reviewing the literature of this subject, I observe that these types of tumors, present no estatistic record. I am impressed with the opinion that this pathological condition of the fatty capsule of the kidney, is not frequently found.

The records of St. Mary's Hospital, Mayo Clinic, show 83 malignant tumors of the kidney up to July 1, 1912 and no mention is made of tumors of the fatty capsule. In records of others clinics, the same facts are observed. This case shows very clearly what Adami says: "tumors of long growing duration to one side, with no impairment of the general heath, are most often originating in the fatty capsule of the kidney". The etiological factor of calculus in these classes of tumors, was confirmed in this case.

Posts cript:—June 8, 1917, the woman feels well. Has gained 5 pounds. Her appetite is good, with no gastro intestinal disorder. Urine elimination, normal.

CLINICAS MEDICAS DE LOS HOSPITALES MUNICIPALES
UN CASO DE BLOQUEO DEL CORAZON

Dr. A. Martínez Alvarez, Médico Interno

A. B., de 35 años, color blanco, soltera, de oficio doméstico y natural de Naguabo, con residencia en Santurce.

Llega al hospital con una baja de *Endometritis*.

Historia pasada:—Multípara de seis; sus partos han sido normales, sin infección post partum de ningún género. No hace referencias de ningún aborto. Historia sifilítica, negativa.

Historia presente:—Dice que hace 8 meses empezó a sentir una secreción vaginal abundante, mal oliente y que más tarde se le complicó con ardores al orinar y dolores sobre las regiones ováricas; dichos dolores irradiaban a la espalda. Sus menstruaciones eran abundantes durante este periodo.

Examen físico:—No ofrece ningún interés.

Examen vaginal:—Secreción muco-sanguinolenta, abundante y manando del cuello. Erosiones de la mucosa cervical, sangrante al menor roce con el instrumento o gasa; útero grande, anejos aparentemente normales. Cistocele marcado.

Estando en el hospital se le presentó un ataque de malaria terciana, que se combatió con éxito, mejorando hasta ponerse buena.

El dia antes de operarla, por la noche, después de administrado el purgante que se usa dar a los enfermos 8 horas antes de operarlos, se notó ciertas contracciones musculares rápidas y pequeñas de los brazos y boca, que se generalizaron en verdadera convulsión. Tras la convulsión hubo síncope; se rehizo de este síncope, presentándosele entonces los siguientes síntomas: "congestión venosa de las venas yugulares; pulso lento, llegando solamente a 26 pulsaciones por minuto y completamente arrítmico e irregular.

Al examinar más detenidamente las venas yugulares, notamos que en ambas se veian unas pulsaciones, que comparadas con las del ápice cardiaco, correspondían a tres por uno, latiendo independientemente las aurículas de los ventrículos.

En el pulso radial notamos mucho mejor la irregularidad y arritmia cardiaca, apareciendo las pulsaciones en grupos de tres y seis, con intervalos de algunos segundos, continuando este ciclo de contracciones durante todo el dia siguiente.

La enferma se sentía desfallecer por momentos y llegamos a creer que la muerte no se dejaría esperar mucho. Al cabo de 24 horas el pulso fué regularizándose poco a poco y lo que es más notable, después de estar sin tratamiento por doce horas.

Tratamiento:—Hemos de confesar que fué completamente nulo, no dejándonos engañar por nuestro amor propio. Todos los procedimientos físicos y terapéuticos resultaron inútiles, pero no por eso, dejaremos de mencionar dichos procedimientos: Calor, cambio de posición, levantamiento de los piés de la cama, estimulantes cardiacos, hipodermoclisis por sueros fisiológicos. Todo esto resultó sinó contraproducente, de efectividad nula.

En vista de que nuestro tratamiento no resultaba y de que los libros de texto no dan luces sobre el particular, decidimos dejar a nuestra enferma completamente quieta y que la naturaleza obrara sin ningún estímulo. Y así fué, la enferma fué recobrando la regularidad cardiaca y a las 24 horas su pulso volvía a estar normal, desapareciendo la falta de armonía entre las aurículas y los ventrículos.

NOTA:—No pudimos conseguir el tomar una gráfica esfigmomanométrica, por estar muy distantes los grupos de pulsaciones, unos de otros.

UN CASO DE LEUCEMIA LINFATICA AGUDA?

Dr. Salvador Giuliani

PATOLOGO DEL HOSPITAL MUNICIPAL, SAN JUAN, P. R.

Historia clínica:—G. R. 11 años de edad, escolar. Residencia: Santurce. Ingresó el dia 11 de abril de 1917, en el Hospital de Cirujía con el diagnóstico de apendicitis. El enfermito con trabajo dá la historia de haber tenido hace varias semanas tos muy fuerte, a veces seguida de vómitos. Disnea, dolor difuso en el abdomen desde hace varios días.

Examen físico:—Lengua saburrosa, dientes malos, adenopatias cervicales, epitrocleares y axilares. Numerosos estertores húmedos en la región de los bronquios y tráquea. Vértice cardiaco en el 4º espacio intercostal y línea mamaria, ritmo ascelerado con ligero soplo pulmónico. Vientre tenso, doloroso, signos de masas redondeadas en la región apendicular. Matidez hepática aumentada hacia arriba. Hacia abajo alcanza cerca de la fosa iliaca. Signos de esplenomegalia aunque los contornos del bazo son difícilmente limitables debido al dolor. Pequeñas úlceras en las piernas que según refiere el enfermo son de origen traumático.

Un examen hematológico efectuado al ingreso arrojó las cifras que siguen:

11 de abril, 1917.

Examen de sangre:—2 p. m. Malaria: Negativo.

Globulos rojos: 1,760,000 x m. m. c.
Leucocitos: 63,600 x m. m. c.
Hemoglobina 30% (Tallq. Gowers)

Cómputo diferencial:

Polinucleares neutrófilos	20%
Linfocitos pequeños	35%
Linfocitos grandes	33%
Linfocitos muy grandes	6%
Eosinofilos	4%
Miolocitos	2%

Numerosos normoblastos, aniso y poiquilocitos. Marcada basofilia y policromasia. Algunos linfocitos presentan carioquinesias. Otros están muy alterados, observándose en ellos un gran núcleo reticulado, con citoplasma muy pálido.

Este cuadro hematológico nos hace pensar en la leucemia linfática y aguardamos historia más completa. Mientras tanto el tratamiento se limita al aseo bucal, hielo al epigastrio y a la cabeza, observación.

12 de abril, 1917: Estado general sin mejoría. El dolor abdominal ha calmado. Se le han aplicado fomentos trementinados para expeler gases intestinales. Bolsas calientes.

Examen hematológico:—(4 p. m.) revela las cifras que siguen:

Leucocitos: 65,000 x m. m. c.
Polinucleares neutrófilos..................25%
Linfocitos pequeños.......................30%
Linfocitos grandes........................34%
Linfocitos "gigantes"......................5%
Eosinofilos..................................3%
Mielocitos 3%

Examen de orina:—Muestra 78 c. c. En 24 horas desconocido el volumen. Acida. Densidad 1017. Sedimento moderado, blancusco. Acido úrico: 2-30 gms. x 1000. Urea: 16 gms. x 1000. Cloruros: 3.00 gms. x 1000. Exceso de indican. Glucosa, acetona y ácido diacético: Negativos. Trasas marcadas de albúmina y de pigmentos biliares. Sales biliares en gran cantidad.

Al microscopio: Exceso moderado de leucocitos. Epitelios normales. Algunos cilindroides y cilindros finamente granulados.

Numerosos cilindros hialinos. Algunas hebras mucosas. Pocos cristales úricos pequeños y uratos. Pocas bacterias. Debris moderado.

13 de abril: Facies de sepsis. Anemia muy profunda tinte ictérico conjuntival. Ha efectuado una evacuación que según la enfermera, era sólida, amarilla, con partículas negras. Después de un enema, el examen de las heces fecales revela: Numerosos huevos de tricocéfalo y de escaride. Poco mocus y sangre. No hay amebas. Un examen de sangre efectuado en la mañana, revela datos análogos a los anteriores, en cuanto a los cambios cualitativos. Malaria: Negativo.

En este dia celebramos consulta (Drs. Avilés, López Sicardó, Laugier, Martínez Alvarez y el que escribe). He aquí el resumen: Nò habiendo hasta la fecha obtenido anamnesis completa, nos conformamos con los datos del laboratorio y los clínicos. El examen hematológico nos induce a considerar la leucemia linfática aguda. El número total de leucocitos no es tan exagerado como ocurre por lo general en esta enfermedad. Por otra parte estamos en un periodo en que la tosferina es epidémica y sabemos que va acompañada de hiperleucocitosis, pero la anemia profunda, la hepato-esplenomegalia y la adenopatia generalizada, sustentan nuestras presunciones.

La curva térmica (fiebre intermitente dias alternos) el estado del hígado y del bazo, à pesar de la ausencia de parásitos de la malaria en la circulación periférica, surgieren el paludismo, o para-paludismo.

Estos mismos datos, unidos a una evacuación sospechosa de amebiasis no rechazan del diagnóstico diferencial, el absceso hepático. Mucho menos si se tiene presente el estado séptico del enfermo. Y ya que para estas últimas afecciones-paludismo y amebiasis, el laboratorio no nos suministra argumentos decisivos, recurrimos a las pruebas terapéuticas. Quinina, emetina y exploración quirúrgica.

Hasta esta fecha el tratamiento médico pareció imponerse, pero el rápido progreso de la enfermedad disminuía las probabilidades de una operación exploratoria ventajosa, y se creyó conveniente efectuarla ya que la posibilidad de un absceso hepático se había discutido.

14 de abril, 6 a. m. Expulsa una lombriz.

Enteroclisis, hielo al vientre.

Tratamiento médico: quinina, emetina.

Estado general continúa grave. Se decide efectuar la incisión exploratoria mañana por la mañana.

15 de abril 1917. Operación: Dr. Avilés. Incisión del rectus abdominus, lado derecho, subcostal. Aspiraciones por medio de una jeringuilla en la pulpa hepática. No se encuentra pus. El enfermo fenece debido al *Shock*. El estado de los órganos abdominales observado por la misma incisión confirma lo encontrado clínicamente. Adenopatia mesentérica también se encuentra. El examen microscópico da la sangre hepática y esplénica no revela parásitos de la malaria.

Estas notas que siguen fueron suministradas al Dr. Laugier por uno de los familiares del muerto y se refieren a la historia clínica:

Poco desarrollo al nacer. Criado con leche de pecho. Buena salud hasta la edad de un año y medio. Disturbios de nutrición después, pero que respondieron al tratamiento. A los cinco años tuvo varicela. A los siete tuvo paludismo. Hace un año tuvo dolor en la región hepática con ictericia y diarrea, pero de corta duración. "Trece días antes de su muerte empezó a sentir un dolor agudo en la espalda, que se transmitía al lado izquierdo del tórax, a través del epigastrio, y últimamente en la región hepática y casi todo el abdomen. Este dolor vino acompañado con fiebre alta, ligero calofrío, nauseas, vómitos y cefalalgia, anemia profunda y estreñimiento; poco después, tres dias, llamaron a un médico quién le prescribió, pero su estado agravábase por momentos; la fiebre continuaba alta con remisiones por la mañana, la anemia aún más profunda, el dolor agudo y constante especialmente al tocársele el abdomen en su parte superior, disnea, palpitaciones, mareos Alguna intranquilidad, abultamiento del abdomen y evacuaciones muy fétidas, obscuras, aunque sin sangre; en los vómitos no hubo sangre visible; no hubo epistaxia ni ictericia. A los ocho dias de enfermedad es traido al hospital en el estado descrito a principios de estos informes.

NOTA:—Por no haberse obtenido la autorización de la familia, no se practicó autopsia.

NOTAS DE NUESTROS CANJES

Meningitis Cerebro Espinal:—Esta enfermedad empieza a manifestarse de nuevo en varias poblaciones de los Estados Unidos.

He aquí la nota a que nos referimos:

"Durante algunas semanas la meningitis cerebro espinal ha aparecido de modo extraordinario en algunos puntos de este país.

La aparición de esta enfermedad en forma epidémica en esta época es de suma importancia.

Esta enfermedad es una de las que frecuentemente penetra y se desarrolla en los campamentos de tropas.

Los focos principales reconocidos de esta enfermedad han sido Philadelphia, Cleveland, St. Louis, Hartford y Minneapolis. El Departamento de Sanidad del estado de Minnesota ha prestado gran atención al estudio del brote, y los informes relativos al foco de Minnesota son quizás los más completos. De Enero 1º a Mayo 2 hubo 103 casos en Minneapolis; 34 en St. Paul y 11 en Duluth. Además hubo 43 casos esparcidos en el Estado.

El brote de Philadelphia indudablemente ha sido el mayor y más importante pues desde el día primero de año se han registrado 237 casos. Indudablemente han ocurrido muchos casos sin que hayan sido notificados.

En la ciudad de New York han sido notificados 116 casos, pero cuando se tiene en cuenta la población de New York esta cifra resulta pequeña, comparada con la de muchas poblaciones de las relacionadas en la siguiente tabla demostrativa del número de casos notificados en varias ciudades, desde el primero de año".

Las poblaciones comprendidas en la tabla a que se refiere el párrafo anterior, suman 83. En 59 se han registrado menos de 10 casos en cada una, y solo en 5 se ha dado cuenta de la existencia de más de 100 invadidos.

Public Health Reports. Mayo 4, 1917.

Un gran problema de salud pública:—Tal vez no exista problema de salud pública más importante ni que ofrezca mayores dificultades para su solución que el dominio de las enfermedades venéreas. Distinta de otras infecciones, sífilis y gonorrea son, en la mente del público, inseparables de inmoralidad sexual, y, por consiguiente, hasta hace muy poco, consideradas en su totalidad, impropias para ser discutida, excepto en las reuniones médicas y en los periódicos científicos.

Por fortuna para la raza humana esta actitud retraida está ahora

PAGES 75-78 MISSING

información más definida acerca de esto puede obtenerse del cuadro Nº 1, que demuestra la composición de las bananas en varios estados de madurez. Se notará que con el progresivo aumento en el azúcar de la banana, el agua es gradualmente absorvida de la cáscara y que el percentaje de agua en la cáscara es por lo tanto un excelente índice de maduración.

De una inspección del cuadro 2 aparece que las bananas son decididamente superiores al mayor número de las otras frutas desde el punto de vista de su valor calorico, y no inferiores en otros respectos, excepto posiblemente en sus constituyentes minerales. De hecho respecto al contenido de calorico es comparable con las patatas y las batatas.

La única crítica que puede hacerse con respecto a la composición de las bananas es con referencia a su contenido en sales (cuadro 3). En lo que concierne al calciun y a la magnesia su capacidad es alta.

Cuadro 3. Cenizas constituyentes de algunas frutas comunes.

FRUTAS	Cenizas constituyentes en percentaje de la parte comible de las frutas.							
	Ca. O	Mg. O	K 20	Na. 20	P 205	Cl.	S.	Fe.
Bananas	0. 01	0. 04	0. 50	0, 02	0. 055	0. 22	0. 013	0.0006
Uvas	0. 24	0. 014	0, 25	0. 03	0. 12	0. 01	0. 024	0.0013
Ciruelas	0. 25	0, 02	0, 25	0, 03	0. 055	0. 01	.....	0.0005
Cerezas	0. 03	0, 027	0, 26	0, 03	0. 07	0. 01	.....	0.0005
Peras	0. 021	0, 019	0, 16	0, 03	0. 06	.....	.....	0.0003
Manzanas	0. 014	0, 014	0, 15	0, 02	0. 03	0. 004	0. 005	0.0003
Naranjas	0. 06	0, 02	0, 22	0. 01	0. 05	0. 01	0. 013	0.0003
Melocotones	0. 01	0, 02	0, 25	0. 02	0. 047	0. 01	0. 01	0.0003
Limones	0. 05	0, 01	0, 21	0. 01	0. 02	0. 01	0. 012	0.0006
Melones	0. 024	0, 02	0, 283	0. 082	0. 035	0. 041	0. 014	0.003
Fresas	0. 05	0, 03	0, 18	0. 07	0. 064	0. 01	.....	0.009
Sandias	0. 02	0, 02	0, 09	0. 01	0. 02	0. 01		
Patatas	0. 016	0, 036	0, 53	0. 027	0. 14	0. 03	0. 03	0.0013
Batatas	0. 025	0, 02	0, 47	0. 06	0. 09	0. 12	.....	0.0005

Cantidades elevadas se encuentran también de potasio y de cloro.

Se notará sin embargo que la relación es similar a la que se halla en las patatas, excepto que en ella la magnesia y la potasa están combinadas con fósforo más bien que con cloro. La elevada cantidad de cloro encontrada sería una objeción posible para el uso de las bananas en cantidad en caso de nefritis con edema, pero justamente es este el tipo de casos en el cual la retensión de nitrógenos es baja, y no hay gran necesidad de restringir las proteinas. Es interesante saber que tanto las bananas como las patatas dejan cenizas alcalinas y son por consiguiente antagonista al desarrollo de la acídosis.

Como se notará en el cuadro 4, la utilización de los carbohidratos del tipo de la banana al natural es excelente, casi tan buena como la de los alimentos cocidos empleados para compararla. A causa del contenido más bajo en grasa en la dieta de los días de banana, se usó más carbohidrato para obtener un producto en calórico similar. Una idea del tipo de dietas empleadas puede obtenerse de la dada en el cuadro 5. Ambos, la dieta del contraste y de la banana fueron observadas durante tres días o más.

Por las observaciones varias del carbohidrato, tanto en las bananas como en las heces, el simple método calorimétrico empleado por Lewis y Benedict, para azúcar en la sangre, fué utilizado, aunque en cierta forma modificado.

Es un hecho bien conocido que el almidon al natural es pobremente utilizado y parace evidente por los datos del cuadro 4 que el almidón de la banana no es una excepción de la regla, toda vez que con la fruta bastante madura se encuentran en las deposiciones mucho menos almidón, tanto microscopica como químicamente. Que una considerable cantidad de almidón es excretada por las heces cuando las bananas no están enteramente maduras se demuestra por los datos recogidos de los sujetos 10 y 11. Puede notarse que las bananas vendidas en el mercado están por lo común menos maduras que las que se emplearon en estos dos experimentos. Cuando las bananas están completamente maduras, la utilización del carbohidrato es excelente.

Un sujeto convino en comer bananas sin madurar, pero al cabo del segundo día sufrió molestias considerables y se suspendió el experimento; por desgracia no se recogieron las heces para analizarlas. En ninguno de los experimentos aquí tabulados; con excepción del caso 3 se notó ninguna molestia a causa de la dieta de bananas; y lo mismo se puede decir de un gran número de casos no registrados. En el último día en el caso 3, hubo una gran repugnancia por las bananas y sólo fueron comidas después de insistir en ello. El sujeto vi-

Cuadro 4. Utilización del Carbohidrato de la Banana.

SUJETO	EDAD	SEXO	Diagnóstico Clínico	PERIODO	Producto en Carbohidratos Gm.	Carbohidratos en las heces en términos de glucosa Por ciento	Gm.	Aparente utilización de Carbohidrato por ciento	OBSERVACIONES
1. A. R.	..	M.	Normal	Contraste	266	1.6	1,2	99,6	
				Banana	334	4.1	4,2	98,8	
2. F. C.	7	M.	Fisiológicamente normal	Contraste	210	1.8	4,1	98,1	
				Banana	320	2.8	5,6	98,3	
				Contraste	210	1.5	2,6	98,8	
3. A. R.	7	F.	Reumatismo con lesión valvular	Contraste	210	1.4	3,1	98,5	
				Banana	320	2.8	8,6	97,3	
				Contraste	210	1.2	3,2	98,7	
				Banana	320	2.8	7,0	96,8	
4. S. F.	37	M.	Ulcera duodenal	Contraste	185	1.0	0,4	99,8	Utilización de carbohidratos prácticamente la misma durante los periodos de dieta de bananas y del contraste.
				Banana	261	1.3	0,5	99,8	
5. M. R.	47	M.	Nefritis	Contraste	154	1.2	2,6	98,3	
				Banana	180	0.8	2,9	98,4	
				Banana	180	2.4	3,0	98,4	
6. C. C.	30	M.	Tuberculosis	Contraste	185	0.5	1,2	99,3	Nótese la mejoría en la utilización de la banana a medida que la fruta estaba muy madura. Mejor que los contrastes en el número 4.
				Banana	261	1.9	5,6	97,9	
				Banana	261	1.1	2,3	99,1	
				Banana	261	3.9	0,9	99,7	
				Contraste	185	0.5	1,9	99,0	
7. R. V.	60	M.	Cardionefritis	Contraste	154	0.8	0,6	99,6	La más pobre utilización de carbohidratos en el periodo del contraste 4 y en el periodo de banana 5 se debió a la diarrea.
				Banana	180	1.6	1,3	99,4	
8. J. O.	43	M.	Cardionefritis	Contraste	316	0.5	1,1	99,6	
				Banana	165	0.9	1,4	99,3	
				Cortraste	154	1.4	5,4	98,3	
				Contraste	154	0.9	6,6	95,7	
				Banana	180	2.4	8,2	95,8	
				Banana	180	1.6	3,5	98,2	
9. K. F.	54	F.	Reuma agudo	Contraste	154	1.9	0,8	99,5	Constipación del paciente, particularmente durante el periodo de contraste.
				Banana	180	2.3	2,9	98,6	
10. H. M.	54	M.	Cardionefritis	Contraste	185	...	1,8	99,0	
				Banana Amarillo	261	...	13,5	95,0	Nótese la pobre utilización con fruta parcialmente madura.
				Color Oro	261	...	7,8	97,0	
11. G. S.	49	M.	Nefritis	Contraste	185	2.3	3,7	98,0	
				Banana Color Oro	261	2.3	2,4	99,2	
				Amarillo	261	6.6	12,6	95,7	

Cuadro 5, Dieta 2

Dieta de contraste 2	Gramos o C. c.	Calorias	Almidón Grms.	Proteína Grms.
Mañana				
Cocidos	150	93	19.2	2.75
Pan	30			
Leche	300			
Tarde				
Sopa de cremas	200	199	15.7	6.20
Patatas asadas	200	223	51.2	5.44
Pan	30			
Cocoa (½ agua ½ leche	200	125	...	3.30
Noche				
Arroz cocido	100	87	19.1	1.84
Pan	30			
Leche (½ 18 por 100 de crema	300			
Harina de maiz blanco en manjar blanco	150	199	33.6	4.34
		928	138.8	23.87
Por dia en pan..................		233	47.4	8.37
Leche..................		593	....	18.8
Mantequilla y azúcar.............		210		
		1964	186.2	51.0
Dieta de banana 2				
Sopa, pan, mantequilla y azúcar como arriba				
200 c. c. de leche por la mañana y 300 c. c. por la tarde y 300 gm. de bananas maduras en cada comida.				
Partes como arriba.............		987	63.1	31.1
Bananas 900 gm...............		979	198.0	13.5
		1.966	261.1	44.9

vió a dieta de pan y leche por una semana y de bananas y leche por un período igual. Las sensaciones sugestivas experimentadas fueron mucho más favorables con la dieta de bananas y leche que con pan y leche.

Sumario:—Las bananas tienen más alto valor calórico que ninguna de nuestras frutas comunes. Al revés de otras frutas ellas están siempre en su estación.

Cuando se hallan completamente maduras, esto es, cuando el almidón ha sido casi completamente cambiado en azúcar, según los experimentos hechos, demuestran, que los carbohidratos de las bananas son bien digeridos por el intestino. Tales como se venden en el mercado, sin embargo, las bananas no están por lo común suficientemente maduras para consumirse con ventaja inmediatamente; y parece que se puede atribuir a su uso, algunos trastornos gastro intestinales.

Se puede decir en general de acuerdo con nuestra experiencia que no se producen malos efectos ni molestias después de comer por algunos días grandes cantidades de frutas maduras.

Muy grandes cantidades de azúcar (glucosa, sucrosa, levulosa) pueden darse en la forma de banana mejor que azúcar pura (sucrosa glucosa) sin producir trastornos gastro intestinales.

La composición de las bananas y de las patatas demuestran una interesante similaridad tanto en lo que respecto a los carbohidratos y a la cantidad de sus distintos constituyentes minerales. Mientras las bananas pueden con dificultad considerarse como sustituto de las patatas, el hecho de que tienen prácticamente el mismo valor calórico que estas es digno de notarse.

De aún mayor importancia es el hecho de que las bananas pueden comerse sin cocer. Esto tiene interés en vista de la creciente significación que se asigna a la condición térmica de las (substancias alimenticias accesorias).

Las bananas pueden estimarse particularmente de valor alimenticio para emplearlas en el tratamiento dietético de la nefritis con retensión de nitrógeno. Muy satisfactorios resultados se han obtenido en los casos de mediana intensidad de nefritis registrados por nosotros. En tanto que los pacientes no experimenten repugnancia por la fruta, no parece que haya razón para emplearla en cantidades considerables. Esperamos poder informar muy pronto de los resultados obtenidos con esta forma de dieta en caso de nefritis avanzada.—*Journal American Medical Association.*



BIBLIOGRAFIAS.

El huésped intermediario del Schistosomun Mansoni en Venezuela:—Hemos sido favorecidos con un panfleto que, ordenada su publicación por la Academia Nacional de Medicina de Venezuela ha visto la luz pública en Caracas.

Tratan los autores el asunto de la Bilharzia con erudición; y ponen de manifiesto hechos que confirman la presencia del Schistosomun Mansoni que han hallado en los exámenes copiológicos practicados en Caracas.

Las investigaciones hechas por los doctores Iturbe y González en los moluscos más comunes hallados en el valle de Caracas, les permitieron comprobar que, con excepción del Physa rivalis, todos los demás moluscos fueron infectados, exponiéndolos al contacto de agua contaminada con miracidia. Al cabo de algún tiempo, a la 6ª semana en el Pl Guadelupensis se observó en ellos la presencia de las cercarias típicas.

El material infectante consistió en mucosidad sanguinolenta proveniente de deyecciones que contenían gran cantidad de huevos de Shis. Mansoni.

Contiene el folleto muchos interesantes datos que hacen recomendable su lectura. Hace alusión a la coloración más pálida de los ejemplares de Pl. Guadelupensis procedentes de Puerto Rico comparado con el de Venezuela.

Damos las gracias a los autores por el ejemplar remitido al Boletín de la Asociación Médica.

Recurrent Acrodermatosis of Warm Countries:—En octubre 14 del año pasado apareció en *The American Record de New York* el trabajo que ha sido reimpreso en un folleto, con el cual nos ha favorecido su autor Dr. R. Ruiz Arnau, Presidente de la Academia de Medicina de Puerto Rico.

El notable trabajo, se refiere a una afección que, según el autor, ha sido interpretada de un modo distinto desde el punto de vista etiopatogenético. Como se trata de una enfermedad que puede ser observada diariamente en nuestro país, el estudio concienzudo que de ella hace nuestro ilustrado colega, sería por este solo concepto interesante, si no lo fuera ya por el método de exposición, la descripción exacta de los síntomas, la relación de la enfermedad con la linfectasia y el número de casos observados.

Opina el autor de este trabajo que la ocrodermatis recurrente posee características para obtener una personalidad nosográfica propia.

Felicitamos al distinguido colega por su estudio, y le enviamos sinceras gracias por la remisión de los ejemplares con que nos ha fovorecido.

El Secreto Médico: Hemos recibido un folleto impreso en Maracaibo bajo el título que encabeza estas líneas. El Dr. Venancio J. Hernández presentó ante el 2ª Congreso Nacional de Medicina de Venezuela un trabajo acerca de este complejo asunto, que afecta tanto al médico, como a su cliente y al agregado social. Dicho trabajo llevado a la Sesión Solemne del 21 de enero del presente año, merece ser leido por las personas interesadas en la delicada materia de que trata. El autor defiende la tesis de que el Secreto Médico debe ser inviolable, aduciendo razones en nombre de la moral y de la deontologia interpretada en el sentido más absoluto, aún considerando aquellos casos en que la familia está amenazada por venenos que dañen a la descendencia.

Damos las gracias al autor de este interesante estudio por el obsequio que nos ha dispensado proporcionándonos su lectura.

BIBLIOGRAFIAS.

El huésped intermediario del Schistosomun Mansoni en Venezuela:—Hemos sido favorecidos con un panfleto que, ordenada su publicación por la Academia Nacional de Medicina de Venezuela ha visto la luz pública en Caracas.

Tratan los autores el asunto de la Bilharzia con erudición: y ponen de manifiesto hechos que confirman la presencia del Schistosomun Mansoni que han hallado en los exámenes copiológicos practicados en Caracas.

Las investigaciones hechas por los doctores Iturbe y González en los moluscos más comunes hallados en el valle de Caracas, les permitieron comprobar que, con excepción del Physa rivalis, todos los demás moluscos fueron infectados, exponiéndolos al contacto de agua contaminada con miracidia. Al cabo de algún tiempo, a la 6ª semana en el Pl. Guadelupensis se observó en ellos la presencia de las cercarias típicas.

El material infectante consistió en mucosidad sanguinolenta proveniente de deyecciones que contenían gran cantidad de huevos de Shis. Mansoni.

Contiene el folleto muchos interesantes datos que hacen recomendable su lectura. Hace alusión a la coloración más pálida de los ejemplares de Pl. Guadelupensis procedentes de Puerto Rico comparado con el de Venezuela.

Damos las gracias a los autores por el ejemplar remitido al Boletín de la Asociación Médica.

Recurrent Acrodermatosis of Warm Countries:—En octubre 14 del año pasado apareció en *The American Record de New York* el trabajo que ha sido reimpreso en un folleto, con el cual nos ha favorecido su autor Dr. R. Ruiz Arnau, Presidente de la Academia de Medicina de Puerto Rico.

El notable trabajo, se refiere a una afección que, según el autor, ha sido interpretada de un modo distinto desde el punto de vista etiopatogenético. Como se trata de una enfermedad que puede ser observada diariamente en nuestro país, el estudio concienzudo que de ella hace nuestro ilustrado colega, sería por este solo concepto interesante, si no lo fuera ya por el método de exposición, la descripción exacta de los síntomas, la relación de la enfermedad con la linfectasia y el número de casos observados.

Opina el autor de este trabajo que la ocrodermatis recurrente posee características para obtener una personalidad nosográfica propia.

Felicitamos al distinguido colega por su estudio, y le enviamos sinceras gracias por la remisión de los ejemplares con que nos ha fovorecido.

El Secreto Médico: Hemos recibido un folleto impreso en Maracaibo bajo el título que encabeza estas líneas. El Dr. Venancio J. Hernández presentó ante el 2ª Congreso Nacional de Medicina de Venezuela un trabajo acerca de este complejo asunto, que afecta tanto al médico, como a su cliente y al agregado social. Dicho trabajo llevado a la Sesión Solemne del 21 de enero del presente año, merece ser leido por las personas interesadas en la delicada materia de que trata. El autor defiende la tesis de que el Secreto Médico debe ser inviolable, aduciendo razones en nombre de la moral y de la deontologia interpretada en el sentido más absoluto, aún considerando aquellos casos en que la familia está amenazada por venenos que dañen a la descendencia.

Damos las gracias al autor de este interesante estudio por el obsequio que nos ha dispensado proporcionándonos su lectura.

Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

1917.

Presidente: Dr. Gabriel Villaronga,

Ponce, P. R.

Vice Presidente: Dr. Jorge del Toro Cuevas,

San Juan, P. R.

Secretario: Agustín R. Laugier,

San Juan, P. R.

Tesorero: Dr. Jacinto Avilés,

San Juan, P. R.

CONSEJO

Dr. José Gómez Brioso, San Juan, P. R.

Dr. W. A. Glines, San Juan, P. R.

Dr. Pedro Gutierrez Igaravidez, San Juan, P. R.

SUMARIO

PÁGINA

LA CONQUISTA DE LA SEPSIS
Dr. Francisco del Valle 47

LAS GASTRO ENTERITIS INFANTILES SON DE ORIGEN EXOGENO O ENDOGENO
Dr, Manuel Quevedo Báez 51

TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS AGUDAS DE LA INFANCIA
Dr. Pedro Ramos Casellas 60

CAPSULAR FIBRO LIPOMATA OF THE FATTY CAPSULE OF RIGTH KIDNEY: REPORT OF A CASE
Dr. J. Avilés 66

UN CASO DE BLOQUEO DEL CORAZON
Dr. A. Martínez Alvarez 69

UN CASO DE LEUCEMIA LINFATICA AGUDA?
Dr. Salvador Giuliani 71

NOTAS DE NUESTROS CANGES:
(a) MENINGITIS CEREBRO ESPINAL 74
(b) UN GRAN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA .. 74
(c) EL VALOR NUTRITIVO DE LAS BANANAS 76

BIBLIOGRAFIAS:
(a) EL HUESPED INTERMEDIARIO DEL SCHISTOSOMUM MANSONI EN VENEZUELA
Drs. J. Iturbe y González 83
(b) RECURRENT ACRODERMATOSIS OF WARM COUNTRIES
Dr. R. Ruiz Arnau 83
(a) EL SECRETO MEDICO
Dr. Venancio J. Hernández 83

BOLETIN

DE LA

Asociacion Medica de Pto. Rico

ORGANO OFICIAL

PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECVIVA

AÑO XII JUNIO 1917 NUMERO 115

LA CONQUISTA DE LA SEPSIS

Dr. F. del Valle Atiles.

Dakin y Carrel son los nombres que van unidos en la ciencia moderna a una de las conquistas más beneficiosas para una gran parte de la humanidad, expuesta a los azares de la guerra; la conquista de la sepsis en las heridas que reciben en campaña los soldados, es uno de los más valiosos triunfos alcanzados por la cirugía moderna.

No vamos en este artículo a dar una nota original, sinó a exponer lo que sabemos acerca del asunto, condensado en forma apropiada para divulgar un método que por nuevo y eficaz bien merece que sea extensamente conocido. Nuestro trabajo es pues de compilación de algunos de los datos que consideramos más útiles, y que estando ya probados, no han menester mayor sanción de la que ya le han acordado los cirujanos más notables del mundo.

Es de un asentimiento común entre los cirujanos que en las heridas producidas por los proyectiles de guerra, la curación depende del saneamiento temprano de la lesión. De aquí la necesidad de desbridar, de extraer los cuerpos extraños: proyectiles, trozos de vestidos, esquirlas, de separar los tejidos lacerados y condenados a morir, etc, en fin de quitar de las heridas todo lo que sea o pueda ser causa de que se convierta en un foco de pululación microbiana. La primera cura es por tanto la más importante para asegurar un buen resultado en todo tratamiento de herida.

Pero es evidente que no siempre son posibles los desbridamientos necesarios, ni basta separar los cuerpos extraños para producir una asepsia; y de aquí la importancia del método de Carrel para usar el líquido Dakin, con el cual se asegura la antisepsia de cualquier herida; y si se la preserva de toda nueva infección exterior, la pondremos en condiciones de cicatrizar por si sola.

Ahora bien el empleo de un antiséptico no consiste simplemente en la aplicación microbicida, sinó en la acción no interrumpida de esta sobre toda la superficie traumática, toda vez que de otro modo

aquellas partes no atacadas por el agente germícida no quedarian esterilizadas.

Como dice el profesor Quenu, los medios de sanear una herida, puestos hoy a disposición del cirujano, son mayores que los que conoció el gran Lister. Hoy sabemos que se emplean la exposición al sol, las irrigaciones de aire caliente, la aplicación de los rayos de la lámpara eléctrica, los anticuerpos, la excitación del poder fagecitario de los leucocitos, el uso de soluciones hipertónicas, el estímulo producido por agentes químicos o de otra índole, el barrido de los albuminoideos, medios todos antisépticos, que, según su acción, pueden clasificarse como microbicidas, disolventes, etc.

El Dr. Quenu, asignando la importancia debida a la asepsis, entiende que ha de perseguirse el propósito de obtener la desinfección completa de la herida por una antisepsia suficiente, y ello es precisamente lo que se puede lograr cuando se aplica el método de Carrel de conformidad con las reglas dadas por éste; método que reposa en la esterilización química de la herida, obtenida a beneficio de un líquido que se aplica de cierto modo. El líquido esterilizador es el licor *Dakin*, solución de hipocloruto de sosa, modificado actualmente de modo a evitar los inconvenientes que antes ofrecía; lo cual se ha conseguido sustituyendo en la solución el cloruro de cal comercial, variable en su composición y tenor conocidos y suprimiendo además el ácido bórico.

La nueva preparación de la solución de hipoclorito de sosa llamado licor *Dakin* es como sigue:

1º Para preparar 10 litros de la solución pesar exactamente;
Cloruro de cal al 25% de cloro activo:..........200 gramos
Carbonato de sosa seco, (Carbonato de sosa Solvay) 100 gramos, o en defecto de éste, Carbonato de sosa cristalizado....285 gramos.
Bicarbonato de sosa....80 gramos.

2º Introducir en un frasco de 12 litros los 200 gramos de cloruro de cal y 5 litros de agua común, agitar fuertemente por dos o tres veces y dejarlo en contacto durante una noche.

3º Disuélvase en frio en otros 5 litros de agua común el carbonato y el bicarbonato de sosa.

4º Verter de una sola vez la solución de sales de sosa en el frasco que contiene la maceración de cloruro de cal; agitar fuertemente durante un minuto, y dejar reposar para permitir que el carbonato de de sal se pose.

5º Al cabo de una media hora aspirar el líquido claro y filtrarlo a través de un papel doble para obtener un producto perfectamente límpido que deberá conservarse al fresco y al abrigo de la luz. La

solución antiséptica está entonces dispuesta para ser empleada quirúrgicamente y contiene poco más o menos o gramos 50 p. 100 de hipoclorito de sosa, con pequeñas cantidades de sales de sosa neutras. Es manifiestamente isotónica al suero sanguínéo y debe responder al ensayo siguiente:

Ensayo: Verter unos 200 cc. de la solución en un vaso y dejar caer en la superficie del líquido algunos centígramos de fenoltaleina *en polvo*. Agitar todo, imprimiendo al vaso un movimiento circular como para enjuagar sus paredes; el líquido deberá quedar incoloro. Una coloración roja más o menos intensa, indicará la presencia de una cantidad notable de alcalí libre o incompletamente carbonatado, imputable a una falta de técnica.

Titulado de la solución: Medir 10 cc. de la solución, añadir 10 cc. de agua destilada, 2 gramos de ioduro de potasio y 2 cc. de ácido acético. Verter en la mezcla una solución deci-normal (2.48 por 100) de hiposulfito de sosa hasta decoloración. Sea *n* el número de cc. de hiposulfito empleados; el título en hipoclorito de sosa por 100 cc. del licor, será dado por la acuación.

X = N x O. 037.

Escollos que deben evitarse: No se deben calentar nunca las soluciones; si, en caso de urgencia, hay que recurrir a la trituración del cloruro de cal en el mortero, no hacerlo más que con agua, jamás con la solución de las sales de sosa.

Veamos ahora en que consiste el método de Carrel o sea la esterilización química de la herida y su técnica. Según Carrel dejó establecido en sus *Principios de la esterilización de las heridas*, para que un antiséptico químico esterilice, es preciso que se ponga en contacto íntimo con los microbios que infectan la herida; cosa difícil de realizar, pues exije que la sustancia germicida penetre por todos los rincones de la herida, sin cuyo cuidado no se alcanza el fin perseguido. Preparada convenientemente la herida, libre de todo cuerpo extraño y separados los tejidos mutilados, es decir, puesta en las condiciones más favorables para que el líquido antiséptico penetre como se desea, hasta las más profundas y recónditas regiones de la herida y bañe todas sus paredes; ha llegado en momento de usar la solución Dakin para lo cual se emplean tubos de caucho de 3 a 8 milímetros de calibre; estos tubos algunas veces presentan una o dos aberturas cerca de su extremidad, y otros son cerrados con pequeños agujeritos en uno de los lados.

El profesor Quenu, refiriéndose a esta importante parte del método dice:

"La instilación se operaba en los heridos de M. Hornus y Pe-

rrin con el auxilio de tubos de caucho provistos de un pequeño agujero a un centímetro de su extremidad y envueltos por compresas de gasa. Los tubos se ponian de modo tal que los rincones y recodos de la herida fuesen bañados por irrigaciones de 30 a 40 cc. cada dos horas, a una presión de un metro próximamente.

El apósito era mantenido por una venda que dejaba pasar la extremidad del tubo y en la cura no se empleaba algodón hidrófilo. Esta cura se renovaba todos los dias al principio y luego cada dos dias. Ensayos efectuados por el bactereólogo diariamente, permitía seguir la marcha de la flora microbiana. Cuando al cabo de 6 a 15 dias el bactereólogo declaraba la herida esterilizada o casi esterilizada, se procedía a la sutura secundaria; o si la pérdida de sustancia era muy grande, se aproximaban los labios de la herida por medio de vendas elásticas y broches".

La habilidad del cirujano está puesta a prueba en la colocación de los tubos de instilación y desagüe. Un aparato cuenta gotas puesto en comunicación con los tubos, facilita la instilación, cuya acción ha de curar algún tiempo y debe renovarse de contínuo.

En las heridas superficiales la infección no resiste a las instilaciones hechas cada dos horas, por más de dos dias; en las profundas, la disminución de los microbios es mucho más lenta, y está en relación con la importancia del traumatismo; sin embargo aún en los casos mas difíciles, M. Carrel ha obtenido una desinfección rápida, en las heridas sépticas y complicadas con fractura, en pocos dias.

La efectividad del método se manifiesta por la disminución progresiva de los microbios, por la ausencia de fiebre y mejoría del estado general del enfermo y de la herida; lo cual ha hecho posible el que se cierren las heridas, muy graves algunas veces, a los 12 o 15 dias de empezado el tratamiento.

La Prensa Médica de la Argentina del mes de Marzo trae las observaciones hecha por los doctores J. Penna, J. Bonorino Cuenca y R. Kvaus sobre el tratamiento del carbunclo humano por el suero normal empleando la via endovenosa. Han tratado 40 casos y todos fueron curados.

LAS GASTRO-ENTERITIS INFANTILES
son de orígen exógeno ó endógeno? (*)

Dr. Manuel Quevedo Baez

Distinguidos compañeros:

Si alguna enfermedad le dice al clínico que no se detenga solamente ante las platinas de los microscopios para atisbar o inducir las causas morbosas, y le advierte que debe constar siempre con otros factores, muy influyentes, en la constitución de los procesos patológicos; esta enfermedad es, la GASTRO-ENTERITIS de los niños de pecho.

¡De cuantas enfermedades no podría decirse lo mismo y atraer al clínico del lado acá de las investigaciones microscópicas, que alucinando la mente con el factor micróbico, lo inclina a pensar, que todo problema de patogenia está resuelto y desdeña, por eso, la contribución, de suyo tan importante, del campo orgánico o sea el de la naturaleza, donde todo fenómeno lo mismo para la vida que para la enfermedad y la muerte, tienen su asiento!

Ya las corrientes que se van avecinando, vienen atrayendo la mente del clínico en estas direcciones.

La época de la etiología no ha pasado, pero élla cede franco el camino a la patogenia.

El organismo humano, siendo el campo en el que se realiza el proceso de la enfermedad, no puede ser factor pasivo, que ceda las actividades naturales de defensa y reacción de que dispone, a las actividades que despliega un agente micróbico con más o menos aptitudes para perturbar el equilibrio orgánico.

Si un buen concepto de clínica nos dice, que la infección no es, sinó el resultado de un desequilibrio, en el cual el agente injuriante actúa a beneficio de un *locus minoris resistentia*; bien se comprende que, antes que el causal agente responsable de la enfermedad ante el microscopio, están las perturbaciones funcionales, que alterando la bioquímica del organismo, crean un medio apto para que en él pululen y se desarrollen los agentes patógenos.

Aún no está suficientemente explorado el mecanismo de las enfermedades, y, si es el porvenir el que debe cuidar de conocerlo, al presente le corresponde actuar en esa dirección para no malograr actividades que se esterilizan, hoy, en otro campo de acción.

(*) Conferencia celebrada en la Asociación Médica del Distrito Norte de Puerto Rico el día 24 de Mayo de 1917.

Toda enfermedad tiene una fisonomía clínica, que definen distintamente, para el individuo, la zona o región donde reside, la raza, el sexo, la edad, los hábitos, la herencia, el oficio, arte o profesión, etc.

Es un hecho reconocido por la ciencia médica, que las enfermedades son diferentes en su expresión fisiognómica, según el país en que ellas se desenvuelven.

Y, es bien sabido, también, que las entidades morbosas tienen un privilegio de localidad o de región. ¿No lo dicen así, el paludismo, la fiebre amarilla, el beri-beri, la pelagra, etc.?

¿Es que definen igualmente, su fisonomía clínica la *pneumonia*, la *fiebre tifoidea*, etc., de los paises templados, a como la definen los paises cálidos?

En el mismo estado normal ¿quién se permitiría negar, que ciertas perturbaciones de función, que no llegan a ser tipos morbosos, no reconocen otra naturaleza o condición, que la que da a los individuos la región donde viven?

¿No es verdad, que la tara clorhidrica por ejemplo, del jugo gástrico, no es igual en todas las zonas y que un tipo de *hiper* o de *hipoacidez* domina, en unos paises más que en otros?

Además: una misma enfermedad, el sarampión pongo por caso, ¿es la misma en el niño, que en el adulto y, dentro de un mismo país, se manifiesta inflexiblemente, igual siempre, o es que toma, caprichosamente, una forma insidiosa y de agudización en unas épocas con preferencia a otras?

Si el factor etiológico es siempre el mismo, ¿por qué en épocas varias, adquiere o reviste una acometividad injuriante mayor que en otras?

Se dice, en Bactereología, que porque adquiere mayor virulencia,

Admitido. Pero ¿por qué se admite, para un organismo microscópico una aptitud diferente en su función patógena y se desdeña asignarle al medio cósmico, a la atmósfera, al terreno, a la circunfusa, en una palabra, su tanto proporcional de aptitud para imprimir con sus reacciones naturales, fisonomía especial al tipo de enfermedad por crear?

Estas conjeturas, van encaminadas a poner de relieve la significación clínica de la patogenia, su alto sentido; a pregonar que las obscuridades que aún existen en aquella dependen de nuestra ignorancia, nó, frente al por que, al *quare causa*, sinó al cómo de todo proceso morboso.

La patogenia es a la clínica, más que el concepto etiológico de las enfermedades.

Los factores específicos, que las determinan, están bien para de-

finirlas, para conocer su verdadera naturaleza; pero, que al pié de la platina de los microscópios, donde se denuncian los agentes presuntos de ellas, no se abandone el fino discurrir que debe usar, como lente de honda y amplia visión, el clínico para sorprender o evidenciar los secretos del organismo enfermo.

La misma etiología, enseñoreada, a veces, de poder señalar el factor injuriante; cuando lo ha tenido ante sus ojos, al descubierto y lo ha definido y dádole nombre, ha vacilado y se ha sentido impotente para comprender el complicado proceso de la enfermedad.

Cuando, en clínica, se haya dicho la última palabra sobre etiología, habrá, siempre, de lado de la patogenia, un vasto campo por explorar, en donde aquella podrá abrir amplios surcos, echar fecundos cimientos y espigar los más sabios y categóricos conceptos de la ciencia médica.

***

Ahora, entremos en el tema, que nos hemos asignado, no sin antes hacer constar, que no tenemos la pretensión de decir nada que supere a cuanto aquí han dicho, sabia y brillantemente, compañeros distinguidos de esta Asociación, en la sesión científica celebrada hace pocos días.

Si nuestro trabajo puede aceptarse, como una modesta contribución al estudio hecho, ya, acerca de las enteritis y gastro enteritis de la infancia por el estudioso e inteligente compañero Dr. Ramos Casellas, no van, más allá, nuestra intención ni nuestros deseos.

El médico estará, siempre, desarmado para luchar con éxito, frente a este problema, mientras no le auxilien en su obra, que es más social que médica, los elementos extraños a nuestra ciencia; es decir, esa masa social que se agita en solicitud de un bienestar económico y de satisfacciones, y que divorcia a las mujeres de los hogares, llevándoles, lejos de las cunas, donde quedan los hijos huérfanos de sus cuidados, para lanzarlos a la brega fatigosa de los talleres.

En este problema, el médico llega tarde a reparar el daño, que a los niños pobres infirió la misma sociedad.

La sociedad se disputa la brega de los brazos femeninos y el girón de vida desquiciada, que queda del niño, se le entrega al médico para que su piedad o su ciencia rectifiquen el daño inferido.

Es una desgracia, que la mujer moderna, atraida por la influencia de un feminismo disociador y aberrante, abra puertas a los hogares para abandonar en ellos, a la inclemencia de un frío y calculado amor, el manantial único de espiritualidad que hizo grande a la mujer y que la consagró siempre como reina: el amor a su hijo.

El espíritu de esta sociedad moderna ha inferido un golpe de

muerte a la lactancia materna, el único panal, donde la abeja del amor podía hacer dulce y grata la vida.

El brazo mercenario de la industria ha colocado el taller frente al hogar. Las solicitudes de las ganancias han acallado aquel sagrado instinto que colocaba de pié, junto a las cunas, a las buenas madres.

La industria no tiene corazón; tiene amplias y monstruosas arcas, y, mientras llenan sus vientres insaciables, con el oro que todo lo tasa, lo compra y los prostituye, poco importa que el alma infantil vacilante y enferma, franquée las fronteras de la muerte, si ésta es muda y frente a las tumbas que se abren, no se sienten más rumor ni más lento rodar que los de las lágrimas.

Si el taller paga salario deficiente al hombre y se hace necesario para el sostenimiento del hogar, el concurso de la mujer; si no siendo así, es que el placer y el vicio distraen en sus ocios al hombre y éste no aporta contribución suficiente para los gastos de la casa; si es solo la fiebre del feminismo la que empuja a la mujer a salirse de su medio natural y propio; lo que ello sea, problema a resolver es por la sociología.

Nosotros, como decíamos antes, llegamos tarde, cuando el desastre se ha consumado y la enfermedad reclama nuestros auxilios.

Se han esterilizado antes, ya, las cunas que la previsión y la caridad instalaron en los talleres; la concesión de horas determinadas a las madres para la lactancia de los hijos y hasta los socorros administrados a las mujeres que lactan.

En plano igual de estéril ruina, han caminado instituciones nobilísimas, como la "*gota de leche*" los "*dispensarios*" las "*cunas*" y las "*consultas gratuitas*", porque el mal que hace infecundas estas obras de filantropía, no se satisface con solo la contribución del dinero que cubre y paga los gastos, que todas esas obras representan; el mal está más hondo; ni los cuidados ni la solicitud ni los besos ni la leche de las madres pueden ser substituidos.

Aunque quedaran las mujeres ofrendando todas las ternuras que ellas guardan en el corazón; sería estéril su actuación, no existiendo, entre ellas, la verdadera madre: la que ha de velar junto a las cunas y la que ha de exprimir sus jugosos pechos para dar alimento y vida al hijo.

La civilización, seguramente, habrá de avergonzarse de haber tenido, en los albores del siglo XX, que crear las cunas, es decir, escuelas de alimentación artificial.

La sociedad moderna, haciendo causa común con el industrialismo, se deja engañar con el artificio de las leches esterilizadas, olvidando, que la naturaleza del niño en sus glándulas gástrica e intes-

tinales, no está preparada para digerir ni para asimilar esa clase de leches.

Aún cuando la leche, de por si, no produjera la gastro enteritis, la fatiga, el surmenaje sufrido por esos órganos, bajo el influjo de tales leches, habría cultivado el campo para fomentarla, porque allí estarán, siempre, a modo de guardianes, los microbios patógenos aguardando el instante para invadir el terreno.

Lo que no fuera creado por la mala condición de la leche o por transgresiones en el orden y regularidad de las tetadas, lo crearía la influencia estacional del verano con sus grandes y excesivos calores.

Claro está, que sino actúa virtualmente, la leche, porque sea ella conductora de microbios, cuando menos determinando cansancio funcional en los órganos digestivos del diño, habrá de reconocerse, que élla es, una causa ocasional del proceso gastro-enterítico.

Admitiendo, para otros casos, ser un bacilo o microbio determinado la causa exclusiva de una gastro-enteritis, habriamos aceptado la especificidad para esta afección, cosa no comprobada ni admitida aún.

El problema de la etiología abarca un campo muy extenso, dentro del cual cabe exponer las causas, que a élla predisponen y las que pudiéramos llamar determinantes.

Incluimos entre las primeras, úna que nuestra experiencia ha venido mostrándonos, en el curso de estos ocho o diez años últimos, consagrados con cierto interés y devoción a cuando se relaciona con la infancia.

No, sólamente, la acción del calor nos ha enseñado la observación, influye en el desarrollo de las gastro enteritis, sino la acción de la humedad.

Hemos tenido ocasión en etos años pasados, de visitar ciertos barrios extra de San Juan: la zona de Puerta de Tierra, que parte hacia el Sur de la vía del ferrocarril y la zona de Santurce en las inmediaciones de las calles de Cerra y Ernesto Cerra y la de Miramar.

En la época en que las lluvias comienzan, estos terrenos arenosos con subsuelo impermeable, se saturan de agua y, bajo la acción del calor, las substancias orgánicas, en ellos diseminadas, sufren una descomposición pútrida, cuyo vaho mefítico se respira.

De por sí, el calor no puede obrar él solo, como un factor casual. Deben existir otras condiciones atmosféricas que favorezcan el desarrollo de la enfermedad.

Insistir en determinar dónde y cómo reside el factor casual, sería mucho en favor del dato etiológico; pero permanecería en pié, el interrogante que la observación hiciera, cuando poniendo en juego otros

factores, pidiera explicación del alcance que ellos tienen, en la determinación del proceso morboso.

Cítese en abono del alcance que puedan tener esos factores, lo que signifiquen las faltas de régimen en cuanto a la alimentación del niño; lo que sean las irregularidades o en una palabra, lo vicioso de aquella.

¿Qué principio científico o que regla de método establece la debida proporción entre la capacidad digestiva y asimilatoria del niño y la cantidad o calidad de leche que se le administra?

Este primer trastorno de función, que más luego, habrá de ser una perturbación nutritiva, ha de crear un campo favorable al desarrollo de microorganismos.

Es, entonces, cuando han de venir las fermentaciones de substancias tóxicas, verdaderos injuriantes de la integridad anatómica del intestino, y campo de diseminación de esas toxemias en el organismo.

Más allá de donde alcance la perturbación de la química biológica, irán las infecciones desarrolladas a ese respecto.

¿Qué otro momento ni otra oportunidad, más propicia puede encontrar el colibacilo, por ejemplo, para ganar el torrente circulatorio y, así, infectar el organismo? Y quién dice del colibacilo dice de sus asociados: el bacilo cromófilo de *Escherich*; estrepto-coco de *Marfan* y *Marot*, el *piocianico* de *Nobercourt*, o *el proteus*.

Así, discurriendo, en este orden de cosas, estaríamos inclinados a pensar y a sostener, que, en el proceso creado por las fermentaciones, lo mismo cuando éllas son debidas al azúcar o a la grasa o también a las materias azoadas, creando estados enteríticos con signos de putrefacción, cabria descarter al estrepto-coco al eslaficooco etc. como agentes causales exclusivos, de los accidentes digestivos en los niños.

El mismo cuadro clínico de ellos, nos permitiría ir, por inducción poniendo de relieve sus factores determinantes.

¿Qué son el meteorismo y los gases, los vómitos y las regularitaciones, que concurren en los casos de *gastro-enteritis*, sino la expresión clínica del fenómeno de las fermentaciones?

Habriamos llegado, siguiendo en estas consideraciones, al punto extremo, de tener que dilucidar, si estos procesos objeto de nuestro estudio tienen un carácter decidido y francamente infeccioso, como se inclinaban a considerarlos Hutinel, Lesage y Tierselin, por el predominio de los fenómenos de infección o si debiéramos considerarlos como accidentes tóxicos, derivados de un proceso inicial de fermentación, que favoreció el cultivo de los saprofitos intestinales.

¿Es endógeno o es exógeno el origen de las enteritis infantiles?

Antes de entrar en el fondo de esta cuestión, para definir la naturaleza de las enteritis o gastro enteritis, con relación al carácter que éllas tengan, bien exógeno o endógeno; parécenos conveniente y, hasta lógico, que determinemos, de modo preciso, si estos términos han de comprender lo *micróbico* o *bacteriano* o algo circunstancial, en relación con el medio ambiente o con la misma naturaleza del sujeto enfermo.

Es clásica la división de las gastro-enteritis en exógenas, es decir aquellas cuya fuente de infección reside fuera del organismo, y endógenas, aquellas, en que se supone que los elementos de infección son preexistentes en dicho organismo.

Analizando todos los factores de acción externa o exógena, tenemos que referir aquellos que se relacionan directamente con la alimentación de los niños.

Se puede establecer, como axiomático, que todo niño criado artificialmente, está expuesto a perturbaciones intestinales de mayor o menor trascendencia; que lo están, aún, los criados al pecho, cuando la alimentación no obedece a un plan regular y metódico; que un periodo de la niñez, el de su dentición, es una causa predisponente y que las variaciones estacionales, es decir las épocas de grandes calores, favorecen la aparición y desarrollo con carácter epidémico, a veces, de esta enfermedad.

La mortalidad por diarrea, nos daría un contingente muy elevado a favor de los niños alimentados con biberón.

La leche de vacas, por su exceso de caseina, en relación con la leche materna, le dá una condición de mayor injuria para el organismo del niño.

No la leche, por ser de mala calidad, sino la mejor leche esterilizada, puede ser causa de gastro-enteritis, porque la producen el cansancio, la fatiga de función a que vienen obligadas las glándulas intestinales y gástricas del niño, no adaptadas por la naturaleza para digerir esa clase de leches.

Esta consideración dice, que, aparte el aspecto social de esta cuestión, por lo que tiene de humano, hay, en élla, un aspecto científico que condena por inadecuada, la alimentación con la leche de vacas.

Hasta ahora, las medidas sanitarias de protección social, se inspiran en requisitos de forma, más que en un análisis y estudio de las condiciones en que se obtienen las diferentes clases de leche que vienen a los puestos públicos.

Ciertos productos de alimentación de las vacas son bastantes a producir la gastro-enteritis, como se ha comprobado recientemente en Francia, donde el problema de esta enfermedad preocupa mucho a los

médicos higienistas y a los consagrados a las dolencias de los niños.

Pero, aún suponiendo, que la previsión de las autoridades sanitarias, satisfaga todas esas exigencias, aún queda el camino que ha de recorrer la leche, desde el puesto donde se expende, hasta que es utilizada para la alimentación del niño.

¿Qué importan todas las exigencias de la Sanidad y de la ciencia satisfechas, si en vasijas, que han sido lavadas con el agua impura del acueducto o en agua no privada de gérmenes, se recibe esa leche; si, después, esta misma ha de estar en contacto, más o menos directo, con las moscas; si personas poco escrupulosas han de manipular con élla; si el recipiente utilizado para el biberón no ha de ser objeto de una verdadera esterilización?

Pero yo no sé, si será ilusión esperar que las gentes pobres y aún las ricas, lleguen a formar un cabal concepto de lo que valen y significan esas medidas y lleguen a apreciar el valor de lo que es una esterilización, a los efectos de la salud y la vida de sus hijos.

Yo no sé si será ilusión esperar que esto suceda. Pero si no sucede, como no sucederá, algún día ha de llegar a tomar cuerpo la idea de que la crianza artificial de los niños esté controlada por algún centro o institución, que tome a su cargo esos cuidados, cuando llegue a la mente de los de abajo, que tal medida es salvadora, y pongan su mente y su corazón los de arriba, en que tal solución la imponen razones de humanidad y razones de celo y hasta de egoismo para la protección de tantos niños que hoy se malogran y que los pierden la comunidad y la patria.

Del lado ahora, del factor "*endógeno*" y, antes de incriminar a determinados microbios como responsables de las infecciones intestinales; tenemos, que representar, las causas que promueven la debilidad en los niños, dependientes, muchas veces, del alcohol y de la sífilis, y las taras por predisposición hereditaria, que hacen a unos niños más vulnerables que a otros.

Si la flora microbiana es responsable de muchas infecciones intestinales, no lo dicen así, los hechos, cuando comprueban que esa flora no se modifica de modo evidente, en el estado patológico y que además, no obstante las experiencias concienzudas llevadas a cabo, no se ha podido establecer una relación bien precisa entre la forma clínica de una enteritis determinada y una microbiana. Niegan los autores la especificidad de las gastro-enteritis. Al estrepto-coco hácesele responsable de ciertas formas de infección gastro-intestinal, habiéndosele encontrado, no solo en las escretas de los niños sufriendo de diarrea del verano, sino en las paredes del intestino y hasta en

las ubres de las vacas. Estas experiencias han sido corroboradas por Escrich y sus discípulos Libman y Hirh.

Marfan y Booker establecen, que los estrepto-cocos, en ciertas condiciones, pueden aumentar en número y poder virulento y hacen la aseveración de que éllos crean una de las formas de infección endógena en su condición de residentes normales del tubo intestinal.

Todo inclina a creer, que éstos y otros varios microorganismos, huéspedes habituales de esa porción del tubo digestivo, producen esas perturbaciones intestinales, pero, a condición, de que aquel por la fatiga o surmenaje de función, se encuentra perturbado y en estado de menor resistencia.

Si de estas consideraciones hubiéramos de derivar nuestro criterio acerca del tema que estamos desenvolviendo, estableceríamos que toda manifestación gastro-entérica en los niños es de orden exógeno, es decir de origen externo, 2, que la continuidad o evolución del progreso y su exaltación obedecieron a un origen endógeno: es decir, que estimularon el proceso los mismos microbios huéspedes habituales del intestino.

Del primer origen exógeno habla el hecho de que la gastro-enteritis ataca, de preferencia, a los niños sometidos a la lactancia artificial; que es, en la época del destete o del cambio de leche, cuando se presedtan; que su aparición coincide muchas veces con la época de los grandes calores; que las gastro-enteritis según se ha comprobado, tienen un carácter contagioso y epidémico.

Tributarios, tenemos que decirlo con dolor, son por excelencia, los niños criados con biberón.

Cuando esta triste afirmación derivada de hechos, tenemos que confesarla, nuestro primer impulso es de protesta al campo impío del industrialismo y del mercenarismo, que han puesto en bancarrota y comprometido tantas preciosas existencias, tantas generaciones de niños, sacrificadas esterilmente, no por un instinto de maldad o de crimen, sino por la inercia moral de nuestra sociedad, que estimulada por anhelos ambiciosos de fortuna y de bienestar, no ha tenido tiempo para substraer su mirada de las fuentes incitantes de los negocios y de los placeres, para volverla a las cunas, que, en los hogares de las familias pobres, se extremecen de frío y de indiferencia.

No se mueren de hambre nuestros niños, porque todavía hay una caridad que les cuida y les protege, pero nuestros niños mueren envenenados por los tóxicos de la gota de leche que se les ofrenda.

Las madres se alejan de las cunas y en los talleres sus energías se debilitan para ganar mezquino salario que no alimentará al hijo abandonado; algunas pesetas de éstas, que su labor adquirió en ho-

ras de dura y afanosa brega, correrán, luego, sobre el verde tapiz de los billares donde los ocios van a escanciarse, o saltarán, sobre mármoles de abyectos cafetines, para saldar el débito de las copas, ahí, en esos centros de corrupción que consumen el sentido moral, el honor y la dignidad del hombre.

Yo pido a esta Asociación, que de modo tan generoso quiere actuar en favor del problema más trascendental de la infancia, que no realice oficios de ciencia para acallar y extinguir el mal que persigue; que salga, fuera del campo médico y vaya más allá, en pleno campo social, porque aquí y sólo aquí es donde hay que solicitar el remedio.

La Providencia y el buen Dios de los niños enfermos, que mueren por defectos de alimentación en los primeros años de su vida, está en los brazos y en el alma de nuestra sociedad.

¡Qué sea el remedio social el que dé al traste con el remedio que la ciencia médica, se vé impotente para aplicar!

Y, nosotros, pobres médicos que recojemos el despojo enfermo de esa humanidad naciente, saquemos del fondo de nuestros corazones el amor y toda la piedad que son necesarios para suplir en el bien y en la salud, los recursos casi estériles e infructuosos de una ciencia que sí puede aliviar o cnrar males del cuerpo, se vé impotente para mejorar o sanar males del alma.

He dicho.

TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS AGUDAS EN LA INFANCIA (*)

Dr. P. Ramos Casellas

Con motivo del expléndido trabajo sobre mortalidad infantil leído en estos salones por nuestro entusiasta compañero Dr. Belaval, y siendo la enteritis una de las enfermedades que más contribuye a la alta cifra de la mortalidad, se me ha ocurrido escribir este trabajo que solamente contiene todo lo que vosotros sabéis sobre las diarreas de la infancia, pues hemos hecho una recopilación de cuanto se encuentra en nuestros mejores autores uniendo a la misma un número de datos que hemos podido recoger en nuestra práctica diaria durante los últimos diez años.

No es posible abordar el tópico del tratamiento de las diarreas infantiles sin hacer antes, aunque sea suscintamente una descripción de las diferentes variedades que requieren a su vez diferentes tratamientos, porque diferentes son sus síntomas y cursos.

(*) Trabajo leido ante la sesión científica de la Asociación Médica del Distrito Norte, Abril 12, 1917.

Ya está descartada la creencia de que todas las diarreas se deben a un organismo específico porque no solamente los experimentos de la Bactereología lo han demostrado, sinó que también los diferentes factores que contribuyen a provocarlas.

Algunas formas se deben a ataques banales de indigestión que ceden a un simple tratamiento y curan sin grandes trastornos de la nutrición. Otras formas más variadas que son también de un tipo indigesto, requieren un tratamiento más tenaz y curan con alguna pérdida de la nutrición, en cambio aquellas de tipos infecciosos siempre afectan grandemente a la nutrición y vitalidad del enfermito.

La clasificación de Kerr es la que nos parece más apropiada: clasifica estas diarreas en tres grupos:

1—Diarreas nerviosas agudas.

2—Indigestión intestinal.

3—Diarrea infecciosa.

4—Cólera infantil.

Diarreas agudas:—Este trastorno es caracterizado por deposiciones frecuentes y abundantes, pero de un color y olor normal. Las altas temperaturas del verano y el miedo son las causas que generalmente lo motivan, aunque a veces se manifiesta con carácter reflejo, como en la dentición dificultosa o cualquier enfermedad infecciosa que no es de origen intestinal. En otras palabras es una peristalsis aumentada y no depende de anormalidad en las funciones digestivas intestinales.

Indigestión intestinal aguda:—Se reconocen dos variedades: una debida a la deficiencia de las secreciones intestinales y la caracterizan frecuentes deposiciones de color y olor normal; pero conteniendo leche cortada, grasa y algunas veces mocosidades. La temperatura por lo general es normal, y si hay alguna es baja. Los trastornos constitucionales son nulos aunque pueden haber vómitos si la indigestión es también gástrica. La otra variedad es la *diarrea fermentativa*, que comienza por lo general con una alza de temperatura y con deposiciones grandes y frecuentes de consistencia acuosa, color verde o amarillo fétidos, espumosos y contienen gran cantidad de moco. Los síntomas constitucionales son algo intensos, hay vómitos y malestar general semejándose en este particular a las diarreas infecciosas, pero diferenciándose de las mismas por la rápida desaparición de la temperatura, tan pronto se logra el vaciamiento del intestino.

Diarreas infecciosas:—Bajo esta denominación podemos agrupar las diarreas que tienen casi los mismos síntomas clínicos del tipo fermentativo, pero los cuales por la persistencia de la fiebre surgieren la

probabilidad de una infección bacteriana aguda de la pared intestinal. Las diarreas asociadas con sangre en las deposiciones y con fiebre tenaz invariablemente se deben a una ilio colitis. Los síntomas constitucionales en estos casos son profundos, la fiebre es alta y puede ser continua o en los casos más graves de un tipo séptico, la inquietud del enfermo es evidente, a veces delira, hay dolor y distención abdominal y en algunos casos tenesmos. Las deposiciones son amenudo menos numerosas y más pequeñas que las de la indigestión intestinal aguda, pero hay gran cantidad de mocosidad ensangrentada (a veces sangre pura, verdaderas enterorragias) las cuales persisten lo mismo que la fiebre, por días y aún semanas. La lesión varía de una hiperenia de la membrana mucosa a ulceraciones de la misma; pero no es el grado de la lesión el que determina en ocasiones la gravedad del caso, sinó la virulencia del micro-organismo infectante.

Cólera infantil:—De intento he dejado para último término esta terrible enfermedad que en Manatí, cuando se presenta en forma epidémica diezma la población infantil. No hay ninguna diarrea infantil que cause tantas muertes ni que necesite con mayor urgencia de un tratamiento apropiado y vigoroso. El verdadero caso de cólera infantil se presenta súbitamente; un niño que a las dos de la tarde está gozando de perfecta salud a las tres se encuentra en un estado moribundo. Comienza la dolencia por vómitos tan contínuos y persistentes que aún en las localidades donde no es muy frecuente, alarma la familia. La madre manatieña tiene desgraciadamente tanta experiencia en el asunto, que a la llegada del médico le anuncia su diagnóstico. Casi nunca falla, minutos después cesan los vómitos y comienza la diarrea típica de agua de arroz, una deposición abundantísima sucede a la otra y el enfermito con su cara de ansiedad, sus ojos hundidos y moviendo incesantemente la cabeza, indica lo cerca que estamos de un fatal desenlace. Apesar de este cuadro depresivo la temperatura central es siempre alta, muy alta; no he encontrado un solo caso de cólera infantil sin fiebre alta, mientras ha durado el estado alarmante. Más tarde cuando el enfermo empieza a reaccionar, la temperatura baja considerablemente. Habéis notado que hablamos de la temperatura central; la periférica, por el contrario es siempre baja, a veces subnormal, y es de mal augurio cuando apesar de temperatura periférica normal y de síntomas constitucionales ligeros la temperatura central se mantiene alta.

Todas las diarreas agudas de la infancia ocurren por lo general en el verano. El cólera infantil ocurre siempre durante los días calurosos de tal suerte que en los meses de julio y agosto Manatí ofrece

una expléndida clínica de esta afección. Y entremos ahora en el tema de este trabajo:

Tratamiento de las diarreas agudas de la infancia.

Diarrea nerviosa aguda:—Como quiera que los síntomas de esta enfermedad no dependen de fermentaciones o infecciones del canal intestinal, los purgantes y las irrigaciones están contra indicados. Descanso es el primer tratamiento. Con esto y diluyendo el alimento con agua de cal 15 o 20 % es suficiente. No hay que usar drogas aunque en algunos casos he usado pequeñas cantidades de bromuro de soda asociados con algunas gotas de elíxir Paregórico.

Indigestión intestinal aguda:—El tratamiento de esta afección, bien sea irritativa o fermentativa es casi idéntico. El primer paso que debemos dar es el vaciamiento del tubo digestivo con el clásico calomel y aceite de castor. Siempre usamos el calomel a dosis refractas asociándolo con bicarbonato sódico y salol.

Calomelano ....0-06 gr.
Salol..................0-30 "
Bicarbonato sódico. ...0-50 "

Divididos en diez papeletas una cada 15 minutos; dos horas después de la última administramos el aceite. Mientras se purga el enfermo le abstenemos de alimentación, aconsejando simplemente agua hervida. En el tipo fermentativo aconsejamos las irrigaciones del colón con solusión salina para arrancar a la brevedad posible el moco y el alimento sin digerir. Generalmente una sola irrigación es suficiente aunque en algunos casos es necesario repetirlas cuando las deposiciones subsiguientes al purgante contienen cantidades considerables de material fermentado.

Alimentación:—Por lo general 6 u 8 horas de dieta hídrica son suficientes, sinembargo si la fiebre persiste aconsejamos la continuación de esta dieta solamente durante 24 horas porque la diarrea ciertamente se agrava a causa del desfallecimiento producido por falta de alimento. Pasado este tiempo reasumimos la alimentación con leche pasteurizada fuertemente alcalina con bicarbonato de soda o 20% de agua de cal; poco a poco según los síntomas lo permitan, vamos retirando el elemento alcalino hasta dar leche pura.

Drogas:—Hemos usado para esta dolencia un sinnúmero de drogas y ninguna nos ha satisfecho tanto como el antiguo bismuto. La mejor preparación a nuestro juicio es el hidróxido (Crema de bismuto) cada cucharadita contiene 0-30 gr. de la sal y lo administramos a dosis de 1 a 2 cucharaditas antes de cada alimentación. Si las condiciones locales no permiten la conversión del bismuto en el sulfato,

como se demuestra por las deposiciones negras, añadimos a cada dosis 5 o 10 cgr. de azufre precipitado.

Tratamiento de las diarreas infecciosas:—El tratamiento de esta diarrea se semeja algo al de las causadas por la indigestión intestinal aunque hay cierta diferencia que depende del hecho de encontrarnos frente a una infección de la pared intestinal. Los purgantes y las irrigaciones deben comenzarse como tratamiento preliminar tan pronto se ve el caso y los últimos deben practicarse mientras las deposiciones contengan sangre, moco o pus. Al principio deben darse dos al día, disminuyendo a una tan pronto el caso lo permita. Si se mantienen las irrigaciones por semanas hacemos una gran equivocación, porque en vez de resultarnos agente emoliente no hacen otra cosa que provocar la irritabilidad rectal.

Alimentación:—En estos casos el paciente nos obliga a una dieta hídrica más prolongada, el niño no quiere alimento y muchas veces, pasados varios días nos hemos visto obligados a la alimentación forzoza, si llega este momento o si el apetito mejora le alimentamos con leche fuertemente alcalina y pasteurizada. En la diarrea infecciosa la temperatura puede persistir durante algunas semanas y la alimentación debe comenzarse a más tardar en el tercer día aunque las temperaturas sean elevadas. De la misma manera que no pensaríamos en mantener una dieta hídrica por más de tres días en un caso de fiebre tifoidea así tampoco debemos permitir que en estos casos se prolongue por más tiempo porque las diarreas infecciosas son, anatómicamente hablando, casos de iliocolitis. La fiebre se combate como en la tifoidea por la hidroterapia; nada es más fácil que bañar un niño. Si no hay grandes hiperpirexias nos conformamos con el baño de esponjas con alcohol y agua a treinta grados, pero si las altas temperaturas lo demandan, usamos el baño de imersión tal y como lo aconseja Brand, pero suprimiendo el hielo a la cabeza que en niños muy jóvenes puede producir una gran depresión.

Cuando hay tenesmo y dolor abdominal aconsejamos el uso de las compresas calientes con trementina (una cucharadita de trementina para cuatro litros de agua caliente) y si esto no es suficiente para contener el tenesmo usamos los supositorios de cocaina al centígramo. Para contener la peristalsis excesiva usamos al igual que en las diarreas fermentativas la leche de bismuto pero hay casos que nos han obligado al uso de la morfina a dosis de un milígramo, dosis que puede repetirse si no han mejorado los síntomas pasada una hora.

Hemos dicho que en este tipo de diarrea también hacemos uso del bismuto. Posiblemente algunos de los compañeros aquí presentes no piensan conmigo en este particular, pues un sinnúmero de ve-

ces, frente a casos de esta índole como médico de cabecera o médico consultor al indicar la conveniencia del bismuto se me ha objetado al peligro de los astringentes en estos casos de diarrea. Pero es que el bismuto a dosis de 30 o 40 cgr. cada tres horas no obra como astringente; su acción es puramente mecánica formando una capa que proteje la mucosa inflamada contrarrestando al mismo tiempo las fermentaciones por su reacción alcalina. Debemos siempre recordar que el curso de una diarrea infecciosa es prolongado y febril y que el carácter y número de deposiciones no es normal hasta tanto no han cicatrizado las lesiones de la iliocolitis.

En ocasiones cuando la inquietud del enfermo es marcada, he llegado a mitigarla con el bromuro de sodio, pero en casos extremos donde una simple medicación no domina este síntoma, me he visto obligado a utilizar la morfina a dosis de un milígramo cada tres horas; por lo general dos dosis son suficientes.

Cuando el pulso nos demuestra un estado de depresión cardiaca a lo primero que recurrimos es al brandy quince o veinte gotas en un poco de agua, pero cuando esto falla y necesitamos un estimulante enérgico la estricnina a dosis de un quinto de milígramo es lo ideal.

Los vómitos cuando son de carácter incoercibles se dominan mejor por la abstención absoluta de alimentos, pero si persisten podemos recurrir al lavado del estómago.

Cólera infantil:—Ya hemos dicho que esta enfermedad comienza tan súbitamente, que en pocas horas, casi en minutos pone al niño en estado tan grave que la mayor de las veces llegamos tarde. El éxito pues del tratamiento de esta enfermedad consiste en actuar temprano y vigorosamente. El primer paso que hay que dar es reponer el suero perdido; la expoliación serosa es extrema desde los primeros momentos. Usamos del suero fisiológico a una dosis inicial de trescientos gramos para un niño mayor de un año, dosis relativamente alta porque con ella nos proponemos no solo reponer el suero perdido sinó que también cubrir futuras deficiencias de la próxima hora. Hecho esto nos dirijimos contra las altas temperaturas por medio de la balneación. Comenzamos por lo general con una temperatura de treinta y cuatro grados enfriando el baño gradualmente hasta bajar a treinta y aún hasta veinte y ocho grados; de esta manera defendemos los centros nerviosos, debilitados en grado sumo por la intensa intoxicación.

Patológicamente las autopsias no revelan cambios en la mucosa intestinal. Parécenos que se trata puramente de una infección exógena o endógena, por eso no combatimos de momento la peristalsis intestinal; al contrario la estimulamos por medio del calomel dosis

refracta y el aceite ricino. Más tarde cuando aparece el aceite en las deposiciones y continuan las pérdidas enormes de suero por el recto, inyectamos hasta conseguir efectos fisiológicos, sulfato de atropina a dosis de un diez milígramo cada dos horas. Si se prolonga la dehidratación por temor a la acumulación de cloruros, solemos usar alternativamente con la solusión fisiológica el suero glucosado. Atendiendo bien a la reposición del suero perdido es raro que el pulso decaiga, pero si ocurre esto estipulamos el corazón con la cafeina y la estrignina.

La alimentación de estos casos es de lo más importante. Mientras subsisten los síntomas violentos de las primeras horas nos abstenemos de toda alimentación; la horrible sed del enfermito es mitigada en parte por el suero. Más tarde cuando ha cesado por completo la irritabilidad gástrica y mejora el cuadro comenzamos con una alimentación inorgánica agua de cereales que continuamos por días haciéndola más concentrada según mejora el cuadro y hasta bien entrada la convalecencia no hacemos uso de la leche que comenzamos a dar bien diluida y cautelosamente; observando al enfermo muy de cerca pues hemos visto fatales recaidas precisamente por descuidos en este crítico momento. Estos son en síntesis mis puntos de vista sobre el tratamiento de las diarreas agudas de la infancia. Naturalmente que no he querido cubrir el tratamiento de las complicaciones que suelen surgir, porque abusaría de vuestra proverbial benevolencia demostrada en estos momentos en que tan pacientemente habéis escuchado mis palabras con un recogimiento religioso que agradezco de veras.

Ya lo habéis visto; nada de original contiene este trabajo; es simplemente una síntesis de cuanto hemos leido y oido sobre el particular, y el único propósito que me ha guiado a molestar vuestra atención, es el que ello sea motivo de una discusión que pueda darnos luces que alumbren nuestro camino profesional.

CAPSULAR FIBRO LIPOMATA OF THE FATTY CAPSULE OF THE RIGHT KIDNEY.

By J. Avilés, M. D., F. A. C. S.

VISITING SURGEON TO MUNICIPAL HOSPITAL, SAN JUAN, P. R.

As a condition of surgical interest, I report this case of perinephric fibro lipomata.

In studing the matter, I find that the condition always develops when a large portion of the kidney is destroyed, and it is found most frequently when one kidney has become destroyed by local causes; as, for example, the obstruction of the renal pelvis or ureter by a calcu-

lus, as it was the cause in the present case. In some cases of extreme atrophy of the renal parenchyma, the proliferation of fat, beginning in the fatty capsule, attains such a degree that the kidneys are replaced by a large lump of fat. There is another condition of lipomata of the kidney of non surgical interest, which according the researches of Grawitz seem to point to a suprarenal origen of some of these tumors, the original suprarenal tissue having changed its character by an abnormal deposition of fat in its cells, while a fibrous capsule is furnished to the tumor.

The lipomata developing in the fatty capsule of the kidney are rarely pure lipomata. They contain much fibrous tissue.

The capsular fibro-lipomata of the fatty capsule of the kidney are slow growing tumors. Pain, disturbance of urination, and hematuria are frequently absent. In many instances, not until the tumor has reached a considerable size, the patient's attention is not attracted. Digestive disturbances are some time present, due to intra abdominal pression or to abnornal renal frunction.

Adami says in regard to the diagnosis of perinephric fibro-lipomata:

> A retroperitoneal (including perinephric) lipoma may be suspected where there is a very slowly grcwing tumor situated most often more, to one side than the other, accompanied by little disturbance of the general health, save progressive emaciation and eventual dyspnea, which is crossed by a length of intestine and gives a sense of fluctuation from which repeated punctures fail to draw any fluid. This sense of fluctuation distinguishes lipoma from sarcoma, and to some extent from myxoma.

The history of the case is as follows:

The patient, a female of thirty four years of age, was admitted to Municipal Hospital January 15, 1917. Family history negative.

Personal history:—Married twelve years ago. No children, no abortions. Menstrual periods normally. Some leuchorreal discharges since she married. Suffered and attack of diphtheria when a child, an attack of pneumonia when twenty years of age. States that about thirteen years ago, suffered from an acute colic pain over the epigastrium. Two years later, had another attack of same character. Every attack, lasting over one day. Since the second attack, has always complained of nervousness and general malaise. Dislikes foods especially coffee and milk.

Present history:—Her condition became worse since the last four years. The pain is rather constant over the upper right quadrant and under the right costal margin. Nausea and vomiting present, almost every morning. Loss of appetite. She feels a sensation of numbness over the right shoulder and hand of same side. The pain

is some times ameliorated by manual compression upon the upper right side of the abdomen. She feels fulness of the stomach when eating, accompanied by attacks of disonea. The pain, some times, radiates around into the back and right shoulder. The foods, are not well tolerated. She says that when lying on the right side, the nausea and vomiting, disappear. When lying on the left side, she can not sleep. The vomit consists of food ingested the same day. Indiference to sexual relations. Usually constipated, bowels move every six days. At present, the patient feels sluggish, weak and unable to work, having lost many pounds in her weight.

Physical examination:—On palpation upon the right side, a big mass is easily recognized, giving an impression of an enlarged gall bladder or a tumor of the liver. Upon the lower part of the tumor. the percussion note, detects some tympanic sounds. On the right loin, the right kidney seems to be enlarged.

Urine examination:—Acid in reaction. Density, 1018. Turbid, with abundant particles of sediment. Albumine, some traces. *Biliary pigments, negative.* Numerous corpuscles of pus cells, some of them isolated and others, forming irregular groups. Numerous hemates. Considerable hyaline casts. Particles of descamated epithelium of the renal pelvis and upper ureter. Mucoids cells and detritus.

The Diagnosis:—The possible existence of a tumor of the right kidney with calculi is based in the following signs: The tympanic sound over the lower part of the tumor, the appearence of an enlarged right kidney, the abnormal constituents of the urine, showing destruction of the lining epithelium of both. renal pelvis and ureter, and the relation of functional disorders of the kidney, with those of the gastro-intestinal tract.

Operation:—Long vertical incision made through right rectus muscle. Muscular fascia is divided and muscles separeted. Peritoneum is opened. Bowels separeted out from the mass. A retro peritoneal tumor about the size of a child's head, corresponding to the fatty capsule of the right kidney, envolving the pelvis of the organ was found. After separetion of the tumor, and freeing it from adhesions, the pedicle of the kidney was ligated and the tumor and kidney removed.

The operation was completed by closing the retroperitoneal cavity. A drainage's rubber tube was put in the wound. The peritoneum, muscles, muscular fascia and skin were sutured by planes.

Post-operative course:—The rubber tube was removed at the fourth day of operation. The wound healed by primary intention.

The quantity of urine became normal on the sixth day, after an exclusively milk diet and plenty water to drink. No abnormal constituents were found in the urine, on a second examination.

Patient made an uneventful recovery, leaving the Hospital on the sixteenth day after the operation.

Pathological report:—The tumor was of globular shape. Weight 4 pounds. The tumor was encapsulated; its surface was smooth. A calculus conical in shape about the size of a lemon, was found in the renal pelvis. On section, the kidney was somewhat abnormal. The tumor was of firm consistence.

Microscopical diagnosis:—Fatty and fibrous tissues. (Fibro-lipomata).

Comments:—Reviewing the literature of this subject, I observe that these types of tumors. present no estatistic record. I am impressed with the opinion that this pathological condition of the fatty capsule of the kidney, is not frequently found.

The records of St. Mary's Hospital, Mayo Clinic, show 83 malignant tumors of the kidney up to July 1, 1912 and no mention is made of tumors of the fatty capsule. In records of others clinics, the same facts are observed. This case shows very clearly what Adami says: "tumors of long growing duration to one side, with no impairment of the general heath, are most often originating in the fatty capsule of the kidney". The etiological factor of calculus in these classes of tumors, was confirmed in this case.

Posts cript:—June 8, 1917, the woman feels well. Has gained 5 pounds. Her appetite is good, with no gastro intestinal disorder, Urine elimination, normal.

CLINICAS MEDICAS DE LOS HOSPITALES MUNICIPALES

UN CASO DE BLOQUEO DEL CORAZON

Dr. A. Martínez Alvarez, Médico Interno

A. B., de 35 años, color blanco, soltera, de oficio doméstico y natural de Naguabo, con residencia en Santurce.

Llega al hospital con una baja de *Endometritis*.

Historia pasada:—Multípara de seis; sus partos han sido normales, sin infección post partum de ningún género. No hace referencias de ningún aborto. Historia sifilítica, negativa.

Historia presente:- Dice que hace 8 meses empezó a sentir una secreción vaginal abundante, mal oliente y que más tarde se le complicó con ardores al orinar y dolores sobre las regiones ováricas; dichos dolores irradiaban a la espalda. Sus menstruaciones eran abundantes durante este periodo.

Examen físico:—No ofrece ningún interés.

Examen vaginal:—Secreción muco-sanguinolenta, abundante y manando del cuello. Erosiones de la mucosa cervical, sangrante al menor roce con el instrumento o gasa; útero grande, anejos aparentemente normales. Cistocele marcado.

Estando en el hospital se le presentó un ataque de malaria terciana, que se combatió con éxito, mejorando hasta ponerse buena.

El dia antes de operarla, por la noche, después de administrado el purgante que se usa dar a los enfermos 8 horas antes de operarlos, se notó ciertas contracciones musculares rápidas y pequeñas de los brazos y boca, que se generalizaron en verdadera convulsión. Tras la convulsión hubo síncope; se rehizo de este síncope, presentándosele entonces los siguientes síntomas: "congestión venosa de las venas yugulares; pulso lento, llegando solamente a 26 pulsaciones por minuto y completamente arrítmico e irregular.

Al examinar más detenidamente las venas yugulares, notamos que en ambas se veian unas pulsaciones, que comparadas con las del ápice cardiaco, correspondían a tres por uno, latiendo independientemente las aurículas de los ventrículos.

En el pulso radial notamos mucho mejor la irregularidad y arritmia cardiaca, apareciendo las pulsaciones en grupos de tres y seis, con intervalos de algunos segundos, continuando este ciclo de contracciones durante todo el dia siguiente.

La enferma se sentía desfallecer por momentos y llegamos a creer que la muerte no se dejaría esperar mucho. Al cabo de 24 horas el pulso fué regularizándose poco a poco y lo que es más notable, después de estar sin tratamiento por doce horas.

Tratamiento:—Hemos de confesar que fué completamente nulo, no dejándonos engañar por nuestro amor propio. Todos los procedimientos físicos y terapéuticos resultaron inútiles, pero no por eso, dejaremos de mencionar dichos procedimientos: Calor, cambio de posición, levantamiento de los piés de la cama, estimulantes cardiacos, hipodermoclisis por sueros fisiológicos. Todo esto resultó sinó contraproducente, de efectividad nula.

En vista de que nuestro tratamiento no resultaba y de que los libros de texto no dan luces sobre el particular, decidimos dejar a nuestra enferma completamente quieta y que la naturaleza obrara sin ningún estímulo. Y así fué, la enferma fué recobrando la regularidad cardiaca y a las 24 horas su pulso volvía a estar normal, desapareciendo la falta de armonía entre las aurículas y los ventrículos.

NOTA:—No pudimos conseguir el tomar una gráfica esfigmomanométrica, por estar muy distantes los grupos de pulsaciones, unos de otros.

UN CASO DE LEUCEMIA LINFATICA AGUDA ?

Dr. Salvador Giuliani

PATOLOGO DEL HOSPITAL MUNICIPAL, SAN JUAN, P. R.

Historia clínica:—G. R. 11 años de edad, escolar. Residencia: Santurce. Ingresó el dia 11 de abril de 1917, en el Hospital de Cirujía con el diagnóstico de apendicitis. El enfermito con trabajo dá la historia de haber tenido hace varias semanas tos muy fuerte, a veces seguida de vómitos. Disnea, dolor difuso en el abdomen desde hace varios días.

Examen físico:—Lengua saburrosa, dientes malos, adenopatias cervicales, epitrocleares y axilares. Numerosos estertores húmedos en la región de los bronquios y tráquea. Vértice cardiaco en el 4º espacio intercostal y línea mamaria, ritmo ascelerado con ligero soplo pulmónico. Vientre tenso, doloroso, signos de masas redondeadas en la región apendicular. Matidez hepática aumentada hacia arriba. Hacia abajo alcanza cerca de la fosa iliaca. Signos de esplenomegalia aunque los contornos del bazo son difícilmente limitables debido al dolor. Pequeñas úlceras en las piernas que según refiere el enfermo son de origen traumático.

Un examen hematológico efectuado al ingreso arrojó las cifras que siguen:

11 de abril, 1917.

Examen de sangre:—2 p. m. Malaria: Negativo.

Globulos rojos: 1,760,000 x m. m. c.
Leucocitos: 63,600 x m. m. c.
Hemoglobina 30% (Tallq. Gowers)

Cómputo diferencial:

Polinucleares neutrófilos	20%
Linfocitos pequeños	35%
Linfocitos grandes	33%
Linfocitos muy grandes	6%
Eosinofilos	4%
Miolocitos	2%

Numerosos normoblastos, aniso y poiquilocitos. Marcada basofilia y policromasia. Algunos linfocitos presentan carioquinesias. Otros están muy alterados, observándose en ellos un gran núcleo reticulado, con citoplasma muy pálido.

Este cuadro hematológico nos hace pensar en la leucemia linfática y aguardamos historia más completa. Mientras tanto el tratamiento se limita al aseo bucal, hielo al epigastrio y a la cabeza, observación.

12 de abril, 1917: Estado general sin mejoría. El dolor abdominal ha calmado. Se le han aplicado fomentos trementinados para expeler gases intestinales. Bolsas calientes.

Examen hematológico:—(4 p. m.) revela las cifras que siguen:

Leucocitos: 65,000 x m. m. c.

Polinucleares neutrófilos	25%
Linfocitos pequeños	30%
Linfocitos grandes	34%
Linfocitos "gigantes"	5%
Eosinofilos	3%
Mielocitos	3%

Examen de orina:—Muestra 78 c. c. En 24 horas desconocido el volumen. Acida. Densidad 1017. Sedimento moderado, blancusco. Acido úrico: 2-30 gms. x 1000. Urea: 16 gms. x 1000. Cloruros: 3.00 gms. x 1000. Exceso de indican. Glucosa, acetona y ácido diacético: Negativos. Trasas marcadas de albúmina y de pigmentos biliares. Sales biliares en gran cantidad.

Al microscopio: Exceso moderado de leucocitos. Epitelios normales. Algunos cilindroides y cilindros finamente granulados.

Numerosos cilindros hialinos. Algunas hebras mucosas. Pocos cristales úricos pequeños y uratos. Pocas bacterias. Debris moderado.

13 de abril: Facies de sepsis. Anemia muy profunda tinte ictérico conjuntival. Ha efectuado una evacuación que según la enfermera, era sólida, amarilla, con partículas negras. Después de un enema, el examen de las heces fecales revela: Numerosos huevos de tricocéfalo y de escaride. Poco mocus y sangre. No hay amebas. Un examen de sangre efectuado en la mañana, revela datos análogos a los anteriores, en cuanto a los cambios cualitativos. Malaria: Negativo.

En este dia celebramos consulta (Drs. Avilés, López Sicardó, Laugier, Martínez Alvarez y el que escribe). He aquí el resumen: No habiendo hasta la fecha obtenido anamnesis completa, nos conformamos con los datos del laboratorio y los clínicos. El examen hematológico nos induce a considerar la leucemia linfática aguda. El número total de leucocitos no es tan exagerado como ocurre por lo general en esta enfermedad. Por otra parte estamos en un periodo en que la tosferina es epidémica y sabemos que va acompañada de hiperleucocitosis, pero la anemia profunda, la hepato-esplenomegalia y la adenopatia generalizada, sustentan nuestras presunciones.

La curva térmica (fiebre intermitente dias alternos) el estado del hígado y del bazo, a pesar de la ausencia de parásitos de la malaria en la circulación periférica, surgieren el paludismo, o para-paludismo.

Estos mismos datos, unidos a una evacuación sospechosa de amebiasis no rechazan del diagnóstico diferencial, el absceso hepático. Mucho menos si se tiene presente el estado séptico del enfermo. Y ya que para estas últimas afecciones-paludismo y amebiasis, el laboratorio no nos suministra argumentos decisivos, recurrimos a las pruebas terapéuticas. Quinina, emetina y exploración quirúrgica.

Hasta esta fecha el tratamiento médico pareció imponerse, pero el rápido progreso de la enfermedad disminuía las probabilidades de una operación exploratoria ventajosa, y se creyó conveniente efectuarla ya que la posibilidad de un absceso hepático se había discutido.

14 de abril, 6 a. m. Expulsa una lombriz.

Enteroclisis, hielo al vientre.

Tratamiento médico: quinina, emetina.

Estado general continúa grave. Se decide efectuar la incisión exploratoria mañana por la mañana.

15 de abril 1917. Operación: Dr. Avilés. Incisión del rectus abdominus, lado derecho, subcostal. Aspiraciones por medio de una jeringuilla en la pulpa hepática. No se encuentra pus. El enfermo fenece debido al *Shock*. El estado de los órganos abdominales observado por la misma incisión confirma lo encontrado clínicamente. Adenopatia mesentérica también se encuentra. El examen microscópico da la sangre hepática y esplénica no revela parásitos de la malaria.

Estas notas que siguen fueron suministradas al Dr. Laugier por uno de los familiares del muerto y se refieren a la historia clínica:

Poco desarrollo al nacer. Criado con leche de pecho. Buena salud hasta la edad de un año y medio. Disturbios de nutrición después, pero que respondieron al tratamiento. A los cinco años tuvo varicela. A los siete tuvo paludismo. Hace un año tuvo dolor en la región hepática con ictericia y diarrea, pero de corta duración. "Trece días antes de su muerte empezó a sentir un dolor agudo en la espalda, que se transmitía al lado izquierdo del tórax, a través del epigastrio, y últimamente en la región hepática y casi todo el abdomen. Este dolor vino acompañado con fiebre alta, ligero calofrío, nauseas, vómitos y cefalalgia, anemia profunda y estreñimiento; poco después, tres dias, llamaron a un médico quién le prescribió, pero su estado agravábase por momentos: la fiebre continuaba alta con remisiones por la mañana, la anemia aún más profunda, el dolor agudo y constante especialmente al tocársele el abdomen en su parte superior, disnea, palpitaciones, mareos Alguna intranquilidad, abultamiento del abdomen y evacuaciones muy fétidas, obscuras, aunque sin sangre; en los vómitos no hubo sangre visible; no hubo epistaxia ni ictericia. A los ocho dias de enfermedad es traido al hospital en el estado descrito a principios de estos informes.

NOTA:—Por no haberse obtenido la autorización de la familia, no se practicó autopsia.

NOTAS DE NUESTROS CANJES

Meningitis Cerebro Espinal:—Esta enfermedad empieza a manifestarse de nuevo en varias poblaciones de los Estados Unidos.

He aquí la nota a que nos referimos:

"Durante algunas semanas la meningitis cerebro espinal ha aparecido de modo extraordinario en algunos puntos de este país.

La aparición de esta enfermedad en forma epidémica en esta época es de suma importancia.

Esta enfermedad es una de las que frecuentemente penetra y se desarrolla en los campamentos de tropas.

Los focos principales reconocidos de esta enfermedad han sido Philadelphia, Cleveland, St. Louis, Hartford y Minneapolis. El Departamento de Sanidad del estado de Minnesota ha prestado gran atención al estudio del brote, y los informes relativos al foco de Minnesota son quizás los más completos. De Enero 1º a Mayo 2 hubo 103 casos en Minneapolis; 34 en St. Paul y 11 en Duluth. Además hubo 43 casos esparcidos en el Estado.

El brote de Philadelphia indudablemente ha sido el mayor y más importante pues desde el dia primero de año se han registrado 237 casos. Indudablemente han ocurrido muchos casos sin que hayan sido notificados.

En la ciudad de New York han sido notificados 116 casos, pero cuando se tiene en cuenta la población de New York esta cifra resulta pequeña, comparada con la de muchas poblaciones de las relacionadas en la siguiente tabla demostrativa del número de casos notificados en varias ciudades, desde el primero de año".

Las poblaciones comprendidas en la tabla a que se refiere el párrafo anterior, suman 83. En 59 se han registrado menos de 10 casos en cada una, y solo en 5 se ha dado cuenta de la existencia de más de 100 invadidos.

Public Health Reports. Mayo 4, 1917.

Un gran problema de salud pública:—Tal vez no exista problema de salud pública más importante ni que ofrezca mayores dificultades para su solución que el dominio de las enfermedades venéreas. Distinta de otras infecciones, sífilis y gonorrea son, en la mente del público, inseparables de inmoralidad sexual, y, por consiguiente, hasta hace muy poco, consideradas en su totalidad, impropias para ser discutida, excepto en las reuniones médicas y en los periódicos científicos.

Por fortuna para la raza humana esta actitud retraida está ahora

desapareciendo, debido en gran parte, a la educación en cuestiones de salud pública.

Las personas pensadoras están despertando ante el hecho de que estas dos enfermedades, extensamente distribuidas por todo el mundo, están causando diariamente demasiadas tristezas domésticas, enfermedades, y tantas muertes, que el falso pretexto de indelicadeza no puede tolerarse por más tiempo como una excusa para dejar de tomar acción contra su siempre creciente desarrollo.

El desconocimiento del público de los estragos hechos por estas enfermedades, familiares a todo médico de experiencia, es pasmoso.

¿Cuantas personas saben que, excluyendo la apendicitis, la gran mayoría de las operaciones abdominales practicadas en jóvenes recien casadas se deben a infección gonocóccica adquirida por ignorancia del marido con respecto a su salud antes del matrimonio? ¿Cuantos niños y jóvenes tienen un verdadero conocimiento de los peligros que para la salud y la vida provienen de una infección venérea? ¿Cuantos de ellos saben que el cabal restablecimiento de esas enfermedades solo puede adquirirse mediante el más concienzudo examen de un médico diestro y de análisis de laboratorio? ¿Cuantos saben que los asilos para lunáticos e imbéciles están casi llenos de víctimas de la sífilis o que los matrimonios sin hijos, nati-muertos y partos prematuros son en su mayoría causados por alguna de esas enfermedades? ¿Cuantas víctimas de su propio temor y credulidad saben que cada individuo que se anuncia como especialista en "enfermedades de hombres" ha resultado, al hacerse una investigación, uno de los fraudes de tipo más indigno, cuyos consejos son más que inútiles, dados con el único fin de extraer hasta el último centavo disponible de los infortunados que cayeron en sus garras?

El Comisionado de Sanidad ha hecho que en la Legislatura se presente una enmienda a la Ley de Relaciones Domésticas, la que obliga a todo hombre y a toda mujer que solicite casarse, hacer una declaración en estos términos:

"No he estado infectado, que yo sepa, con ninguna enfermedad venérea, o si lo he estado en los últimos cinco años, he hecho practicar un examen de laboratorio, dentro de dicho periodo de cinco años, el que ha demostrado que estoy libre de cualquiera de dichas enfermedades".

Esperamos que en la presente sesión de la Legislatura se tomará acción favorable sobre la enmienda transcrita.

Como medio de despertar el interés de los habitantes del Estado, en asunto de tan vital importancia, su valor es incalculable, aún cuando las prescripciones de la Ley sean evadidas con frecuencia.

Con la introducción de esta nueva Ley y las enmiendas al Código Sanitario, el Departamento de Sanidad del Estado inaugura una campaña contra la propagación de estas enfermedades, con el objeto de que los habitantes del Estado de New York tengan pleno conocimiento de hechos bien fundados y de este modo ordenen sus vidas y las de sus niñas o niños, reduciendo a un grado mínimo, las víctimas por ignorancia.

Los factores morales envueltos en esta campaña deben dejarse a otros centros, cuya cooperación recibiría con beneplácito el Departamento, aunque limitándose extrictamente a su deber de extinguir enfermedades, sin tener en cuenta su origen.—*Healh News.*

El valor nutritivo de las bananas:—Que las frutas están entrando en la dieta del hombre en mayor cantidad que nunca antes de ahora, ha sido demostrado en un editorial en *The Journal.* Esto es de interés particular en vista de la creciente importancia que se le asigna a las "sustancias alimenticias accesorias" en las cuales se supone que las frutas son especialmente ricas. Fué con estos datos inmente que emprendimos el estudio de la madurez, composición y digestibilidad de las bananas. Las frutas son consideradas, primeramente desde el punto de vista de las substancias que contienen; pero es bueno tener en cuenta en el caso de las bananas, que su valor calorífico es muy alto, de hecho más alto que el de ninguna otra fruta en estado natural; además, las bananas se pueden obtener en cualquier época del año y a un costo por caloría a mitad de precio, que otras frutas. La condición en que se venden las frutas en muchas de nuestras grandes ciudades está ciertamente muy lejos de ser sanitaria, pero la cáscara de las bananas les proporciona una casi completa protección en este respecto. La banana ha sido llamada "la fruta del pobre" y los hechos mencionados arriba, parecen justificar este apelativo. Nuestros estudios acerca del valor nutritivo de las bananas indican que, cuando están completamente maduras, son una de nuestras frutas de más valor; pero hay muchas otras razones que justifican el que esta materia sea mirada con interés desde un punto de vista médico. Nuestra experiencia indica, por ejemplo, que las bananas pueden usarse con ventaja en los dietarios de pacientes nefríticos que tengan retensión de nitrógeno, por la razón de que las bananas maduras contienen pequeñas cantidades de proteinas y largas proporciones de carbohidratos prontamente asimilables (glucosa, fructuosa y sucrosa).

El hecho de que la banana contiene estos diferentes azúcares es de grandísimo interés porque, como ha indicado Higgins, la levulosa y la sucrosa parecen quemarse más pronto cuando son ingeridas en un estómago vacío, que la glucosa; sugiriendo que ellas juegan ligeramente distinto papel en el metabolismo. Las frutas al natural solo pueden consumirse con ventaja, cuando están enteramente maduras y las bananas no se exceptúan por cierto de la regla.

Cuadro I. Cambios en la composición de la banana durante su madurez.

Días después de desembarcadas.	Relación entre la cáscara y la pulpa.	Apariencia de la cáscara.	Azúcar reducida en glucosa.	Sucrosa en términos de glucosa.	Total de azúcar en términos de glucosa.	Almidón en términos de glucosa.
2	40	Muy verde.	0.55	1.20	1.75	
4	38.5	Amarillo verdoso, color de guisante tierno, extremo y lados, sabor amargo	1.17	4.60	5.77	15.62
6	35.5	Amarillo excepto el extremo y lados, empieza el amarillo de oro.	2.88	12.52	15.40	7.53
8	31.5	Todo amariilo excepto el extremo y lados tirando a verdosos los lados.	4.09	11.91	16.00	5.02
12	26.1	Amarillo de oro tirando a verdoso; en los lados algunas manchas morenas.	5.35	11.72	17.07	
14	25.7	Completo amarillo de oro con manchas oscuras fuerte olor amilico.	6.88	11.72	18.60	3.02
15	25.5	Manchas de ligero color oscuro.	7.08	11.10	18.78	0.71
16	20.6	(Incubado 24 horas) Muy extendido el color oscuro ligero.	9.09	7.91	17.00	0.60

La proporción de los varios grados de madurez puede diferir algo con la estación. Este análisis fué hecho en invierno. Otros análisis demuestran que en verano el proceso de la maduración es más rápido.

Tal vez la peor crítica que se puede hacer con respecto a las bananas es que son vendidas y se comen frecuentemente cuando no están aún maduras por completo. Esto es debido en parte a la popular o infundada creencia de que las bananas no deben comerse después que empiezan a presentar manchas oscuras la cáscara. El color amarillo de la cáscara no es de por si bastante evidencia de madurez; de hecho bajo ciertas condiciones de clima, la fruta puede estar totalmente amarilla y no hallarse lo suficiente madura; por lo que el comerla puede ser seguido de trastornos gástricos. Cuando el amarillo de la cáscara toma el tinte de oro y empieza a pintarse de oscuro, puede considerarse la fruta completamente madura. La extensión de las manchas oscuras no significa que la fruta está pasada de madura, en tanto que la pulpa no presente signos de fermentación. Alguna

Cuadro 2. Composición comparada de algunas frutas comunes.

FRUTA	Proteína por ciento	Grasa por ciento	Carbohidrato por ciento	Calorias por libra	Porción de 100 calorias Gm.
Bananas	1.3	0.6	22.0	447	101
Uvas	1.3	1.6	19.2	437	104
Ciruelas	1.0	. .	20.1	383	118.
Cerezas	1.0	0.8	16.7	354	128
Peras	0.6	0.5	14.1	288	158
Manzanas	0.4	0.5	14.2	285	159
Naranjas	0.8	0.2	11.6	233	195
Melocotones	0.7	0.1	10.8	213	213.
Limones	1.0	0.7	8.5	201	226
Melones	0.6	. .	9.3	180	252
Fresas	1.0	0.6	7.4	169	269
Sandias	0.4	0.2	6.7	136	332
Patatas	2.2	0.1	18.4	378	120
Batatas	1.8	0.7	27.4	558	81

información más definida acerca de esto puede obtenerse del cuadro Nº 1, que demuestra la composición de las bananas en varios estados de madurez. Se notará que con el progresivo aumento en el azúcar de la banana, el agua es gradualmente absorvida de la cáscara y que el percentaje de agua en la cáscara es por lo tanto un excelente índice de maduración.

De una inspección del cuadro 2 aparece que las bananas son decididamente superiores al mayor número de las otras frutas desde el punto de vista de su valor calorico, y no inferiores en otros respectos, excepto posiblemente en sus constituyentes minerales. De hecho respecto al contenido de calorico es comparable con las patatas y las batatas.

La única crítica que puede hacerse con respecto a la composición de las bananas es con referencia a su contenido en sales (cuadro 3). En lo que concierne al calciun y a la magnesia su capacidad es alta.

Cuadro 3. Cenizas constituyentes de algunas frutas comunes.

FRUTAS	Cenizas constituyentes en percentaje de la parte comible de las frutas.							
	Ca. O	Mg. O	K 20	Na. 20	P 205	Cl.	S.	Fe.
Bananas	0. 01	0. 04	0. 50	0, 02	0. 055	0. 22	0. 013	0.0006
Uvas	0. 24	0. 014	0, 25	0. 03	0. 12	0. 01	0. 024	0.0013
Ciruelas	0. 25	0, 02	0, 25	0, 03	0. 055	0. 01	.....	0.0005
Cerezas	0. 03	0, 027	0, 26	0, 03	0. 07	0. 01	.....	0.0005
Peras	0. 021	0, 019	0, 16	0, 03	0. 06	.....	.....	0.0003
Manzanas	0. 014	0, 014	0, 15	0, 02	0. 03	0. 004	0. 005	0.0003
Naranjas	0. 06	0, 02	0, 22	0. 01	0. 05	0. 01	0. 013	0.0003
Melocotones	0. 01	0, 02	0, 25	0. 02	0. 047	0. 01	0. 01	0.0003
Limones	0. 05	0, 01	0, 21	0. 01	0. 02	0. 01	0. 012	0.0006
Melones	0. 024	0, 02	0, 283	0. 082	0. 035	0. 041	0. 014	0.003
Fresas	0. 05	0, 03	0, 18	0. 07	0. 064	0. 01	.....	0.009
Sandias	0. 02	0, 02	0, 09	0. 01	0. 02	0. 01		
Patatas	0. 016	0, 036	0, 53	0. 027	0. 14	0. 03	0. 03	0.0013
Batatas	0. 025	0, 02	0, 47	0. 06	0. 09	0. 12	.....	0.0005

Cantidades elevadas se encuentran también de potasio y de cloro. Se notará sin embargo que la relación es similar a la que se halla en las patatas, excepto que en ella la magnesia y la potasa están combinadas con fósforo más bien que con cloro. La elevada cantidad de cloro encontrada sería una objeción posible para el uso de las bananas en cantidad en caso de nefritis con edema, pero justamente es este el tipo de casos en el cual la retensión de nitrógenos es baja, y no hay gran necesidad de restringir las proteinas. Es interesante saber que tanto las bananas como las patatas dejan cenizas alcalinas y son por consiguiente antagonista al desarrollo de la acídosis.

Como se notará en el cuadro 4, la utilización de los carbohidratos del tipo de la banana al natural es excelente, casi tan buena como la de los alimentos cocidos empleados para compararla. A causa del contenido más bajo en grasa en la dieta de los días de banana, se usó más carbohidrato para obtener un producto en calórico similar. Una idea del tipo de dietas empleadas puede obtenerse de la dada en el cuadro 5. Ambos, la dieta del contraste y de la banana fueron observadas durante tres días o más.

Por las observaciones varias del carbohidrato, tanto en las bananas como en las heces, el simple método calorimétrico empleado por Lewis y Benedict, para azúcar en la sangre, fué utilizado, aunque en cierta forma modificado.

Es un hecho bien conocido que el almidon al natural es pobremente utilizado y parace evidente por los datos del cuadro 4 que el almidón de la banana no es una excepción de la regla, toda vez que con la fruta bastante madura se encuentran en las deposiciones mucho menos almidón, tanto microscopica como químicamente. Que una considerable cantidad de almidón es excretada por las heces cuando las bananas no están enteramente maduras se demuestra por los datos recogidos de los sujetos 10 y 11. Puede notarse que las bananas vendidas en el mercado están por lo común menos maduras que las que se emplearon en estos dos experimentos. Cuando las bananas están completamente maduras, la utilización del carbohidrato es excelente.

Un sujeto convino en comer bananas sin madurar, pero al cabo del segundo día sufrió molestias considerables y se suspendió el experimento; por desgracia no se recogieron las heces para analizarlas. En ninguno de los experimentos aquí tabulados; con excepción del caso 3 se notó ninguna molestia a causa de la dieta de bananas; y lo mismo se puede decir de un gran número de casos no registrados. En el último día en el caso 3, hubo una gran repugnancia por las bananas y sólo fueron comidas después de insistir en ello. El sujeto vi-

Cuadro 4. Utilización del Carbohidrato de la Banana.

SUJETO	EDAD	SEXO	Diagnóstico Clínico	PERIODO	Producto en Carbohidratos	Carbohidratos en las heces en términos de glucosa		Aparente utilizac de Carbohidrato pento	OBSERVACIONES
					Gm.	Por ciento	Gm.		
1. A. R.	..	M.	Normal	Contraste	266	1.6	1,2	99,6	
				Banana	334	4.1	4,2	98,8	
2. F. C.	7	M.	Fisiológicamente normal	Contraste	210	1.8	4,1	98,1	
				Banana	320	2.8	5,6	98,3	
				Contraste	210	1.5	2,6	98,8	
3. A. R.	7	F.	Reumatismo con lesión valvular	Contraste	210	1.4	3,1	98,5	
				Banana	320	2.8	8,6	97,3	
				Contraste	210	1.2	3,2	98,7	
				Banana	320	2.8	7,0	96,8	
4. S. F.	37	M.	Ulcera duodenal	Contraste	185	1.0	0,4	99,8	Utilización de carbohidratos prácticamente la misma durante los periodos de dieta de bananas y del contraste.
				Banana	261	1.3	0,5	99,8	
5. M. R.	47	M.	Nefritis	Contraste	154	1.2	2,6	98,3	
				Banana	180	0.8	2,9	98,4	
				Banana	180	2.4	3,0	98,4	
6. C. C.	30	M.	Tuberculosis	Contraste	185	0.5	1,2	99,3	Nótese la mejoría en la utilización de la banana a medida que la fruta estaba muy madura. Mejor que los contrastes en el número 4.
				Banana	261	1.9	5,6	97,9	
				Banana	261	1.1	2,3	99,1	
				Banana	261	3.9	0,9	99,7	
				Contraste	185	0.5	1,9	99,0	
7. R. V.	60	M.	Cardionefritis	Contraste	154	0.8	0,6	99,6	La más pobre utilización de carbohidratos en el periodo del contraste 4 y en el periodo de banana 5 se debió a la diarrea.
				Banana	180	1.6	1,3	99,4	
8. J. O.	43	M.	Cardionefritis	Contraste	316	0.5	1,1	99,6	
				Banana	165	0.9	1,4	99,3	
				Cortraste	154	1.4	5,4	98,3	
				Contraste	154	0.9	6,6	95,7	
				Banana	180	2.4	8,2	95,8	
				Banana	180	1.6	3,5	98,2	
9. K. F.	54	F.	Reuma agudo	Contraste	154	1.9	0,8	99,5	Constipación del paciente, particularmente durante el periodo de contraste.
				Banana	180	2.3	2,9	98,6	
10. H. M.	54	M.	Cardionefritis	Contraste	185	...	1,8	99,0	
				Banana					
				Amarillo	261	...	13,5	95,0	Nótese la pobre utilización con fruta parcialmente madura.
				Color Oro	261	...	7,8	97,0	
11. G. S.	49	M.	Nefritis	Contraste	185	2.3	3,7	98,0	
				Banana					
				Color Oro	261	2.3	2,4	99,2	
				Amarillo	261	6.6	12,6	95,7	

Cuadro 5, Dieta 2

Dieta de contraste 2	Gramos o C. c.	Calorias	Almidón Grms.	Proteína Grms.
Mañana				
Cocidos	150	93	19.2	2.75
Pan	30			
Leche	300			
Tarde				
Sopa de cremas	200	199	15.7	6.20
Patatas asadas	200	223	51.2	5.44
Pan	30			
Cocoa (½ agua ½ leche	200	125	...	3.30
Noche				
Arroz cocido	100	87	19.1	1.84
Pan	30			
Leche (½ 18 por 100 de crema	300			
Harina de maiz blanco en manjar blanco	150	199	33.6	4.34
		928	138.8	23.87
Por dia en pan....		233	47.4	8.37
Leche..................		593	....	18.8
Mantequilla y azúcar............		210		
		1964	186.2	51.0
Dieta de banana 2				
Sopa, pan, mantequilla y azúcar como arriba				
200 c. c. de leche por la mañana y 300 c. c. por la tarde y 300 gm. de bananas maduras en cada comida.				
Partes como arriba......... ...		987	63.1	31.1
Bananas 900 gm...............		979	198.0	13.5
		1.966	261.1	44.9

vió a dieta de pan y leche por una semana y de bananas y leche por un período igual. Las sensaciones sugestivas experimentadas fueron mucho más favorables con la dieta de bananas y leche que con pan y leche.

Sumario:—Las bananas tienen más alto valor calórico que ninguna de nuestras frutas comunes. Al revés de otras frutas ellas están siempre en su estación.

Cuando se hallan completamente maduras, esto es, cuando el almidón ha sido casi completamente cambiado en azúcar, según los experimentos hechos, demuestran, que los carbohidratos de las bananas son bien digeridos por el intestino. Tales como se venden en el mercado, sin embargo, las bananas no están por lo común suficientemente maduras para consumirse con ventaja inmediatamente; y parece que se puede atribuir a su uso, algunos trastornos gastro intestinales.

Se puede decir en general de acuerdo con nuestra experiencia que no se producen malos efectos ni molestias después de comer por algunos días grandes cantidades de frutas maduras.

Muy grandes cantidades de azúcar (glucosa, sucrosa, levulosa) pueden darse en la forma de banana mejor que azúcar pura (sucrosa glucosa) sin producir trastornos gastro intestinales.

La composición de las bananas y de las patatas demuestran una interesante similaridad tanto en lo que respecto a los carbohidratos y a la cantidad de sus distintos constituyentes minerales. Mientras las bananas pueden con dificultad considerarse como sustituto de las patatas, el hecho de que tienen prácticamente el mismo valor calórico que estas es digno de notarse.

De aún mayor importancia es el hecho de que las bananas pueden comerse sin cocer. Esto tiene interés en vista de la creciente significación que se asigna a la condición térmica de las (substancias alimenticias accesorias).

Las bananas pueden estimarse particularmente de valor alimenticio para emplearlas en el tratamiento dietético de la nefritis con retensión de nitrógeno. Muy satisfactorios resultados se han obtenido en los casos de mediana intensidad de nefritis registrados por nosotros. En tanto que los pacientes no experimenten repugnancia por la fruta, no parece que haya razón para emplearla en cantidades considerables. Esperamos poder informar muy pronto de los resultados obtenidos con esta forma de dieta en caso de nefritis avanzada.—*Journal American Medical Association.*

BIBLIOGRAFIAS.

El huésped intermediario del Schistosomun Mansoni en Venezuela:—Hemos sido favorecidos con un panfleto que, ordenada su publicación por la Academia Nacional de Medicina de Venezuela ha visto la luz pública en Caracas.

Tratan los autores el asunto de la Bilharzia con erudición; y ponen de manifiesto hechos que confirman la presencia del Schistosomun Mansoni que han hallado en los exámenes copiológicos practicados en Caracas.

Las investigaciones hechas por los doctores Iturbe y González en los moluscos más comunes hallados en el valle de Caracas, les permitieron comprobar que, con excepción del Physa rivalis, todos los demás moluscos fueron infectados, exponiéndolos al contacto de agua contaminada con miracidia. Al cabo de algún tiempo, a la 6ª semana en el Pl Guadelupensis se observó en ellos la presencia de las cercarias típicas.

El material infectante consistió en mucosidad sanguinolenta proveniente de deyecciones que contenían gran cantidad de huevos de Shis. Mansoni.

Contiene el folleto muchos interesantes datos que hacen recomendable su lectura. Hace alusión a la coloración más pálida de los ejemplares de Pl. Guadelupensis procedentes de Puerto Rico comparado con el de Venezuela.

Damos las gracias a los autores por el ejemplar remitido al Boletín de la Asociación Médica.

Recurrent Acrodermatosis of Warm Countries:—En octubre 14 del año pasado apareció en *The American Record de New York* el trabajo que ha sido reimpreso en un folleto, con el cual nos ha favorecido su autor Dr. R. Ruiz Arnau, Presidente de la Academia de Medicina de Puerto Rico.

El notable trabajo, se refiere a una afección que, según el autor, ha sido interpretada de un modo distinto desde el punto de vista etiopatogenético. Como se trata de una enfermedad que puede ser observada diariamente en nuestro país, el estudio concienzudo que de ella hace nuestro ilustrado colega, sería por este solo concepto interesante, si no lo fuera ya por el método de exposición, la descripción exacta de los síntomas, la relación de la enfermedad con la linfectasia y el número de casos observados.

Opina el autor de este trabajo que la ocrodermatis recurrente posee características para obtener una personalidad nosográfica propia.

Felicitamos al distinguido colega por su estudio, y le enviamos sinceras gracias por la remisión de los ejemplares con que nos ha fovorecido.

El Secreto Médico:—Hemos recibido un folleto impreso en Maracaibo bajo el título que encabeza estas líneas El Dr. Venancio J. Hernández presentó ante el 2º Congreso Nacional de Medicina de Venezuela un trabajo acerca de este complejo asunto, que afecta tanto al médico, como a su cliente y al agregado social. Dicho trabajo llevado a la Sesión Solemne del 21 de enero del presente año, merece ser leido por las personas interesadas en la delicada materia de que trata. El autor defiende la tesis de que el Secreto Médico debe ser inviolable, aduciendo razones en nombre de la moral y de la deontologia interpretada en el sentido más absoluto, aún considerando aquellos casos en que la familia está amenazada por venenos que dañen a la descendencia.

Damos las gracias al autor de este interesante estudio por el obsequio que nos ha dispensado proporcionándonos su lectura.

Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

1917.

Presidente: Dr. Gabriel Villaronga,
Ponce, P. R.

Vice Presidente: Dr. Jorge del Toro Cuevas,
San Juan, P. R.

Secretario: Dr. Agustín R. Laugier,
San Juan, P. R.

Tesroero: Dr. Jacinto Avilés,
San Juan, P. R.

CONSEJO

Dr. José Gómez Brioso, San Juan, P. R.

Dr. W. A. Glines, San Juan, P. R.

Dr. Pedro Gutierrez Igaravidez, San Juan, P. R.

SUMARIO

EDITORIAL: PÁGINA

SERVICIO MEDICO MILITAR 131

NUESTRA ASOCIACION 133

ORGANIZACION DE HOSPITALES 134

INVESTIGACION ANALITICA DE PRODUCTOS PARA DIABETICOS. 135

ASAMBLEA ANUAL
Discurso del Presidente Dr. Gabriel Villaronga.......139

ORIENTACIONES SANITARIAS
Dr. P. Gutierrez Igaravidez........................145

ELOGIO DEL DR. RAFAEL DEL VALLE RODRIGUEZ
Dr. R. Ruiz Arnau................................156

ELOGIO DEL DR. AGUSTIN STAHL
Dr. Calletano Coll y Toste.........................158

ASAMBLEA ANUAL DE 1917: REUNION DE LA CAMARA DE DELEGADOS 164

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PTO. RICO
ORGANO OFICIAL

PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XIII DICIEMBRE 1917 NUMERO 116

EDITORIAL

SERVICIO MEDICO MILITAR

No es ahora, en los tiempos actuales, y con motivo de la guerra mundial, que se ha reconocido la importancia grande del médico militar. Ya lo dijimos en nuestro discurso de la Sesión Patriótica:

La antigüedad asignó a los médicos su papel esencial en los ejércitos. Homero en la Iliada consigna el alto valor de los servicios prestados por dos hijos de Esculapio en el ejército de Grecia.

Los médicos griegos gozaron de merecida fama, al punto que los reyes de Persia y de Macedonia los emplearon como médicos cirujanos en sus ejércitos durante sus varias campañas.

Los emperadores romanos tuvieron sus médicos, los cuales les acompañaban en sus batallas, como amigos de confianza, y eran consultados en todo lo que se refería a la salud de las tropas.

Durante la retirada de los griegos a lo largo del Tigris y sobre as altas mesetas de Armenia, 399 años antes de Jesucristo, acompañaron al ejército ocho cirujanos.

Por lo demás debemos tener en cuenta que todas las constituciones de los tiempos antiguos establecieron tanto el derecho, como el deber de todo ciudadano de obedecer al llamamiento a las armas del primer magistrado de la nación; por lo cual, no estando exceptuados los médicos, en todos los ejércitos se hallaron miembros de la profesión, y aún algunos de los grandes generales de la antigüedad, apreciaron el arte de curar.

Alejandro el grande había sido instruido en medicina por Aristóteles, y se cree que llegó a estar bastante bien calificado para asistir enfermos.

En algunas ocasiones este gran general escribió cartas de agradecimiento a ciertos médicos, por haber salvado la vida de amigos suyos enfermos, como sucedió con Alexippus y Pausanias; a este último y con motivo de la enfermedad del general Craterus, se diri-

gió recomendándole que fuese cauto en el uso del heleboro, conque el famoso médico se proponía purgar a su paciente.

Por cierto que este mismo Alejandro llevó su corage a tal extremo, con motivo de la muerte de un joven soldado llamado Hephastion, que condenó al médico Claucus a muerte, tan solo por haberse hallado ausente cuando Hephastion, que, sometido a una dieta severa, se dió, aprovechando la ausencia del médico, un atracón de pollo acompañado de vino, de resultas del cual murió, después de una corta enfermedad.

La razón que tuvo Alejandro para proceder de este modo, se dice, fué que, si Glaucus hubiese estado al lado de su paciente, en vez de estar en el teatro, la vida de Hephastion no se habría perdido. Tanto entonces como ahora hallamos al médico pagando, con la vida o con su reputación, las trasgresiones de régimen cometidas por los enfermos.

A pesar de haberse establecido el servicio médico militar, desde remotos tiempos es lo cierto que ni en la antigüedad, ni en la Edad Media llegó a organizarse éste debidamente. Es preciso llegar al Siglo XIX para hallar actuacciones tendentes a establacer un cuerpo médico militar eficaz.

Desde entonces, paso a paso, y a medida que se ha ido apreciando la importancia del papel del médico en la guerra, para mantener a las tropas en condiciones de eficiencia, la organización del cuerpo de cirujanos de los ejércitos ha ido perfeccionándose, hasta la presente época, en que el servicio ha alcanzado un grado de virtualidad expléndida, tanto a los efectos de la administración de hospitales, curación de heridas, estaciones, hospitales de base y de campo, trasporte de heridos, como en cuanto concierne al mejor tratamiento del soldado para conservarle en salud, mantenerle en buenas condiciones para la lucha, y darle las mayores probabilidades de que no enferme y que, si enferma o es herido, recibirá todos los beneficios de un buen tratamiento cientifico.

El Comité Inglés de Emergencias de la Guerra, se expresa al estudiar éste asunto como sigue:-

"Sin médicos militares las unidades combatientes no se pueden constituir de un modo apropiado. Es necesario conservar al soldado apto, observarle durante sus actividades en los ejercicios y en la marcha, vigilar la condición de sus alimentos, y sobre todo, actuar como una influencia educativa sobre estos hombres, desde el punto de vista físico y sanitario. Para que un médico pueda llenar esos deberes con éxito, debe tener una preparación militar. La preparación profesional sola, no es suficiente".

En esto se funda el establecimiento de los campos de preparación para médicos militares en Europa y en los Estados Unidos, de los cuales hay ahora organizados varios en distintos Estados de la Unión.

"En la actualidad existen, según el *Medical Journal*, aproximadamente 12500 médicos americanos en activo servicio. Esta cifra incluye Oficiales del Cuerpo Médico, menos de 500; Médicos del Ejército, de la Guardia Nacional y Oficiales del Cuerpo Médico de la Reserva. Hasta la fecha aproximadamente 17,900 médicos han sido recomendados para comisiones en el Cuerpo Médico de la Reserva".

Nuestros médicos portorriqueños tienen muchas y buenas oportunidades para servir en su calidad de profesionales, aunque para ello será preciso que asistan a algunos de los campos de preparación médico militar que, como antes decimos, se han fundado en los Estados Unidos.

Vamos a dar a la nación un contingente de hombres, que necesitarán médicos, con la preparación que hoy se reconoce necesaria para un servicio eficiente; y, claro es, que los médicos portorriqueños que tengan aptitudes y deseos, no perderán esta ocasión de servir a su país y a la humanidad prestando a la causa de la democracia y de la civilización su decidida e ilustrada ayuda.

NUESTRA ASOCIACION

La Asamblea Anual de nuestra Asociación Médica celebrada durante los días 21, 22 y 23 del pasado mes de diciembre, fué un verdadero éxito.

Observamos que cada año nuestras asambleas son más interesantes, más concurridas y más nutridas de material científico. Este año la asamblea se extendió a dar conferencias públicas, donde los consejos médicos de los doctores: Belaval, Biamón, Martínez Roselló, Quevedo Báez, Brioso y Font y Guillot, sobre el cuidado del niño en su infancia, fueron de gran provecho para las madres.

El acto patriótico realizado en esta asamblea con motivo de la guerra, ha venido a demostrar que la profesión médica de Puerto Rico sabe cumplir con su deber en todos los tiempos; en los de paz y en los de guerra.

La Asociación Médica marcha hacia adelante; su programa se cumple fielmente. Sus asociados no son muchos, pero han sido constante del progreso médico. No dudamos que otros médicos amantes de la ciencia, vendrán a aumentar el número de socios. Necesitamos

compañeros de estímulo y vigor que vengan a compartir en nuestra obra médica, no solo en lo científico, sino también en lo social.

Nuestra asociación es conocida hoy día en casi todas las partes del mundo, y está relacionada con la mayoría de las organizaciones médicas de Europa y América.

Por la Asociación Médica de Puerto Rico, han desfilado los Guiteras, Novy, Gorgas, y otros médicos más, que son bien conocidos mundialmente. Todo esto es prueba evidente que aquí como en cualquier otra parte, la ciencia médica no decae, por el contrario, progresa.

ORGANIZACION DE HOSPITALES

La Asciación Médica Americana, el Colegio de Cirujanos de América y la Asociación de Hospitales de los Estados Unidos, trabajan activamente con el objeto de poner los hospitales de la nación, bajo un solo sistema de organización uniforme para todos. La organización requiere que todo hospital deberá tener un alto grado de eficiencia en todos sus departamentos.

La Asociación Médica de Puerto Rico hace ya tiempo que viene trabajando con igual fin ante los poderes legislativos del país. Sabemos que en la última sesión de la legislatura insular, se presentó un proyecto de ley para poner los hospitales municipales bajo un gobierno de Junta de Directores. El proyecto tuvo su oposición y finalmente nada llegó a realizarse.

Debemos de continuar estudiando este asunto tan primordial hoy dia para la profesión médica, habido cuenta que sin los auxilios del hospital moderno, los médicos y cirujanos no pueden ejercer su profesión científicamente.

Otro problema que la Asociación Médica estudia con objeto de que sea mejorado, es el de el cuerpo de enfermeras que aún no está bien organizado en esta isla.

Hace algunos años existía una Escuela Insular para Enfermeras y podemos decir que de esa institución salieron buenas enfermeras. No sabemos la razón que tuvo el gobierno para suprimir tan beneficiosa escnela, y estamos por creer, que los que aconsejaron su supresión, no conocen la importancia que tiene para el pueblo una escuela de enfermeras. Insistimos en declarar que la enfermera de hoy, necesita más educación secundaria de colegio, mas enseñanza práctica y teórica en los estudios de su profesión.

INVESTIGACION ANALITICA DE PRODUCTOS PARA DIABETICOS

Noviembre 6, 1917

CHEM.: Nº 429.

Del Director del Laboratorio Químico

Al Comisionado de Sanidad.

Asunto: Investigación de productos para diabéticos.

1.—La Asociación Médica de Puerto Rico, invitó al Laboratorio Químico del Departamento de Sanidad, a que investigara los productos diabéticos que estaban expendiéndose en el mercado de la Isla.

Transcurrieron algunas semanas antes de que los Inspectores terminaran sus indagaciones en las droguerías y farmacias de los pueblos de la Isla. Se consiguieron muestras en Ponce y San Juan solamente. Las cuatro muestras de Ponce son fabricadas por la Jireh Food Co. de New York; a saber: "Jireh Dietetic Cocoa", "Macarroni Dietetic Food", "Dietetic Biscuit" y "Dietetic Food". La única muestra que se consiguió en San Juan, era de pan de gluten que se vende al detall.

2.—Los datos analíticos de las muestras de referencia, aparecen a continuación:

"Jireh Dietetic Cocoa":

Nitrógeno	1.63%
Proteídos (N x.6 25)	11.67 "
Hidrocarbonados	1.2 "
Grasa	10.71 "
Humedad	2.45 "

Calculado el valor calórico por los datos analíticos que anteceden, este alimento especial desarrolla 458.6, 220.0 y 22.5 calorías, por la grasa, la proteína e hidrocarbonados que respectivamente se citan, dando un total de 701 calorías por libra.

"Macarroni Dietetic Food":

Nitrógeno	1.70%
Proteídos (N x 6.25)	10.52 "
Hidrocarbonados	6.3 "
Grasa	0.5 "
Humedad	9.02 "

Calculado el valor calórico en la misma forma, este alimento desarrollará 21.3, 118.0 y 198.0 calorías por la grasa, proteína e hidrocarbonados cuya proporción arroja el análisis químico, dando un total de 337 calorías por libra.

"Dietetic Biscuit":

Nitrógeno	1.78%
Proteídos (N x 6.25)	11.12 "
Hidrocarbonados	7.80 "
Grasa	4.50 "
Humedad	9.75 "

Las cantidades de proteídos, sustancias grasas y elementos hidrocarbonados que produce este análisis, permiten calcular para este alimento las cantidades respectivas de 192.5, 209.7 y 147.1 calorías cuyo cálculo produce un total de 549 calorías por libra.

"Dietetic Food": (flour)

Nitrógeno	1.78%
Proteídos (N x 6.25)	11.12 "
Hidrocarbonados	11.7 "
Grasa	2.22 "
Humedad	10.00 "

cuyos proteídos, hidrocarbonados y grasa sometidos al cálculo, desarrollan, 94.9, 220.6 y 209.7 calorías respectivamente, dando un total de 525.2 calorías por libra.

Y por último el

"Pan de Gluten":

Nitrógeno	1.63%
Proteídos	11.67 "
Hidrocarbonados	ausentes
Grasa	11.97 "
Humedad	12.25 "

cuyo cálculo físico-químico acusa 477.8 y 220.00 calorías para las proporciones citadas de proteídos y grasas respectivamente (los hidrocarboncados no aportaron cantidad alguna en este caso), produciéndose un total de 697 calorías por libra.

3.—Por lo que se ve estos alimentos contienen los hidrocarbonados en cantidad muy reducida, en igual proporción al menos que la mayoría de los productos preparados en el extranjero. El "Pan de Gluten" ofrece mejores caracteres, en cuanto a que no se encuentran sustancias hidrocarbonadas por determinar.

4.—Estos productos son sin embargo, inferiores a otros de la misma especie, si fueran ellos a usarse como el alimento exclusivo de

la dieta de un diabético, en cuanto a que la suma total de calorías que cada uno de ellos es capaz de desarrollar en la Economía es muy inferior a la de otros preparados de índole análoga. Y la razón sencilla pero terminante, aparece al calcularse el conjunto total por peso que debe ingerir un diabético para llegar a sumar las 3.500 calorías necesarias para su nutrición desordenada. Y si tomamos el promedio en calorías de estos cinco alimentos, (pues así resultaría de una dieta mixta preparada con ellos o con otros de la misma fuerza calórica), o sea (701 337 549 525 697 5) 562 calorías por libra, sería necesario ingerir más de 7 libras diarias en el total de la dieta. Esta cifra se explica por si misma.

5. —Para que los facultativos que están interesado en este asunto puedan establecer comparaciones, transcribo a continuación los datos analíticos de los productos de la misma especie examinados en diversos laboratorios y estaciones experimentales de los Estados Unidos:

[Véase el cuadro Nº 1]

Las siete últimas muestras no son tales harinas de gluten, sino harinas de trigo y con las cuales se engañaba miserablemente al enfermo y al propio médico. Las muestras restantes son mezclas de harina de gluten y de trigo, en proporciones variables (la venta de las cuales constituye una infracción de la Ley de Alimentos, si se declaran como harinas de gluten en los rótulos originales de los fabricantes) y algunas mas son de calidad aceptables, y dos de ellas especialmente buenas.

6.—Por lo que pueda interesar transcribo a continuación una traducción literal de la definición que da la ley sobre harinas de gluten, a saber: «el producto sano que se hace de la harina después de remover la fécula y cuya composición final demuestre no menos de 5.6% de nitrógeno, y no mas de 10% de humedad.»

7.—Para proveer de amplios informes a la Asociación Médica de Puerto Rico sobre esta cuestión, anoto además otros datos oficiales sobre la composición de productos para diabéticos que se conocen en el comercio con nombres diversos y que expreso en detalle mas adelante:

[Véase el cuadro Nº 2]

8.—Por análogas razones transcribo también los datos de los productos alimenticios de la Compañía Protene:

[Véase el cuadro Nº 3]

9.—En provecho de los pacientes diabéticos y de la misma clase médica que se encuentran hace tiempo desorientados ante el problema de la variable y hasta peligrosa composición de la mayoría de los alimentos diabéticos que existen en el mercado, unos alimentos por exceso de sustancias hidrocarbonadas y otros por defectos de los otros elementos que son tan necesarios a la Economía, he hecho una extensa indagación en la literatura médica mas reciente en cuanto a este punto, para llegar a la averiguación de como han solucionado este problema los médicos, químicos y expertos dietéticos de otros países, orientándose sobre aquel procedimiento que ofrezca mayores garantías de éxito en el régimen alimenticio para la conservación de la salud de sus pacientes. Y de todos los trabajos encontrados, ninguno de mayor actualidad ni de mejor aplicación a nuestro problema local, que el que presenta el Profesor Frank Nicholson en British Medical Journal en el número del 20 de Enero de este año, que resuelve el asunto solucionándolo dentro de la propia casa del enfermo.

Los puntos esenciales que el Dr. Nicholson trata en su trabajo son las siguientes: (1) la mayoría de las harinas de gluten y de alimentos para diabéticos que se venden en el mercado producen casi tanto yoduro de almidón como la harina de trigo ordinaria, (2) se venden a precios exhorbitantes (3) nunca receta esos productos después de convencido de su inutilidad, (4) el pan de gluten, aún el preparado por los fabricantes de mayor crédito, no es un producto que se sienten inclinados a saborear sus enfermos, ni tampoco es posible prepararlo en rebanadas para agregarle mantequilla: El pan de gluten, de los tipos «Prolacto» y «Casoid» son satisfactorios, pero no son agradables y resultan exesivamente caros, (5) hace dos años que ha desechado todas esas materias y le dá a sus enfermos una preparación hecha de caseína y harina de maní, (6) este producto es preparado por los mismos familiares de sus pacientes, posee un sabor agradable y se corta facilmente en rebanadas para prepararlo con mantequilla, (7) no hay que cocinarlo diariamente; bastará dos veces por semana, (8) sus pacientes lo han usado dos años consecutivos y no sienten desagrado alguno al consumirlo después de tanto tiempo.

Lo fórmula es como sigue:

Harina de maní, 8 onzas; caseína, 2 onzas; sal, cantidad suficiente; clara de huevos, 12 onzas. (Se baten las claras de huevos, y se añaden los ingredientes restantes, poco a poco mezclándolo previamente. Se coloca la masa en un molde y se cuece en un horno a su temperatura apropiada) Si se usan las claras y las yemas de los huevos, se pesarán 6 onzas.

10 —La harina de maní es barata; y aún cuando no se importa

CUADRO No. 1.

Por ciento de composición de harinas de Gluten buenas y falsificadas. Harina de Gluten para diabéticos

NAME	Water	Ash	Protein	Fat	Fiber	Carbohydrates	Fuel value per pound
							Calories
Gum gluten (Hoyt's).............	(') 11.2	0.96	31.8	1,55	,33	54.15	
Educator standard gluten flour......	(') 11.3	.95	26.4	1,67	,37	59,38	
	](') 10.5	0.51	40.25	1,18	0,15	47,42 [	1732
Gluten flour, 40 per cent....	](@) 7.8	1.2	41.1	1,1		47,9 [	
Self-raising gluten flour, 40 per cent.	(@) 8.8	1.3	38.7	1,3		50,1	1695
Pure gluten flour....(')...........	(@) 7.2	.6	78.8	,9		12,6	2078
20 per cent. gluten flour............	(@) 8.9	1.1	21.0	,7		68,2	1692
Pure gluten flour, glutosac.........	(@) 8.0	1.1	35.2	,60		55,0	1705
Gluten food......................	(') 10.1	.22	85.4	,56	,63	3,69	
Protosac	(') 10.6	.66	36.6	,86	,25	51,03	
Washed gluten flour...............	(') 6.2	.80	62.40	,91	,16	29,51	
Glutosac.........................	(') 10.1	1.14	34.06	1.57	,97	52,13	
Diabetic biscuit flour...............	((@) 7.9	2.04	75.25	8,96		5.89	1877
Plasmon meal......................	((@) 10.9	7.61	78.65	2.72		00	1576
	](℔) 8.5	.89	86.1	,51		4,00 [	
Aleuronat	] 10.9	.70	73.65	,24		14,55 [	
Roborat	(℔) 9.5	1.39	82.2	3.67		3,00	
Wheat protein	(℔) 8.6	1.10	84.1	1,40		4,80	
Energin from rice	(℔) 9.1	1.03	83.7	4.54	0,27	,67	
Vegetable gluten	(') 7.9	.65	61.37	1,55	0,32	28,23	
Casoid flour	(') 10.0	2.46	85.56	,50		,00	
Sanitas nut meal	(') 3.0	2.17	29.00	51,66	2,01	12,13	
Soy bean meal	(') 7.8	4.4	39.87	10,06	3,85	25,09	
Almond meal	(') 8.5	6.4	50.62	15.63	2,86	15,90	
Gluten flour	(') 12.7	.43	11 37	,90	,25	74,38	
Gluten flour	((@) 9.2	1.90	15.5	2,6		70.8	1714
Diabetic flour	((@) 10.7	.46	12.0	,46	,25	76,45	1663
Jireh diabetic flour	(') 9.3	1.30	14.3	2,21	1,03	71,95	
Special diabetic food	(') 12.0	1.93	14.25	2,96	1,37	67,47	
Gluten flour	(o) 13.0	.55	13.3	1,05		72,11	
Gluten flour	(₡) 8.6	11.29	16.4	3.15		70.60	

It is evident from the analytical data that the last seven products are only common wheat flours.

(') Rep't Conn Agr. Exp't Station, 1906

(@) Fetterof, Examination of some of the Diabetic Foods of Commerce.

(℔) Konig, page 535

(o) Bull. 13, Part IX, Bureau of Chemistry, U. S. Dep't Agr.

(₡) Blyth, Foods and their Analysis.

CUADRO No. 2.

COMPOSITION OF FOREIGN DIABETIC FOODS

MATERIAL	Water	Ash	Ether extract Fat	Protein (Nitrogen x 6.25)	Carbohydrates Including (by difference)	Fiber by Fuel value per pound calculated
	%	%	%	%	%	Calories
Casoid flour	10.25	2.50	1.61	82.50	3.14	1661
Casoid dinner rolls	6.95	1.84	11.08	78.00	2.13	1918
Casoid biscuit Nº 1 [plain]	7.20	2.53	16.78	64.75	8.74	2075
Casoid biscuit, Nº 2	7.48	3.59	25.51	57.81	5.61	2256
Casoid biscuit, Nº 3	7.90	4.95	25.02	54.31	7.82	2211
Casoid rusks	5.42	4.47	32.33	36.98	20.80	2439
Casoid lunch biscuit	4.20	3.77	44.87	25.53	21.63	2771
Prolactic biscuit	6.34	3.95	27.51	42.91	19.29	2317
Kalari biscuit	6.31	3.70	31.43	56.88	1.68	2400
Kalari batons	8.13	4.40	33.70	52.88	0.86	2422
Almond biscuit [plain]	3.66	3.20	28.02	28.34	36.78	2394
Almond short breads	4.20	3.51	52.11	19.54	20.64	2946
Ginger biscuit, saccharin [trace]	2.45	3.69	58.62	17.06	18.18	3129
Cocoanut biscuit saccharin [trance]	2.63	3.13	61.28	16.61	16.35	3199
Gluten bread [French]	7.78	1.29	2.36	35.94	52.63	1747
Conalbin Mehl Nº 1 [diabetic flour]	9.42	0.52	0.39	10.88	78.79	1684

CUADRO No. 3.

COMPLETE ANALYSIS OF PROTENE PRODUCTS

NAME OF PRODUCT	PERCENTAGE COMPOSITION				
	Nitrogenous Matter (Proteids)	Carbohydrates (Starch, Sugar)	Mineral Salts	Non-nitrogenous (o) Matter (Fats, etc.)	Moisture
Protene Wheat Flour	25	60	3	1	11
Protene Household Bread (White)	25	43	2	..	30
" " " (Brown)	25	30	3	..	42
Protene Diabetic Bread @	65	a trace	4	15	16
Protene Almond Bread @	60	..	4	11	25
Protene Gingerbread	25	54	2	5	14
Protene Diabetic Gingerbread @	40	c 18	2	29	11
Pure Protene Biscuits @	60	a trace	4	28	8
Protene Medical Biscuits @	50	10	3	29	8
Protene Training Biscuits	50	20	2	22	6
Protene Luncheon Biscuits	40	26	2	21	11
Protene Oatmeal Biscuits	45	25	2	23	5
Protene Fancy Biscuits (Diabetic) @	40	16	2	36	6
Protene Victoria Biscuits	30	37	2	20	11
Protene Sponge Cakes	25	56	1	..	18
Protene Salt Sticks	35	40	3	18	4
Protene Rusks	30	42	2	18	8
Protene Diabetic Rusks @	50	16	2	27	5
Protene Sponge Rusks	25	59	1	..	15

(o) This non-nitrogenous matter is not convertible into sugar.
@ Products suitable in diabetes.

por la falta de demanda comercial y lo propio sucede con la caseína, pueden encargarse. Además, la harina de maní se prepara fácilmente. Bastará secar el maní, remover la cáscara y moler la parte carnosa. La caseína se obtiene sin dificultad, cortando leche de vaca por cualesquiera de los procedimientos caseros ordinarios (cuajo, zumo de limón etc,) se cuela por cedazo bien fino, se lava sobre el cedazo, se exprime completamente en una prensa pequeña o con la ayuda de las manos en el mismo paño, se extiende en una fuente llana y se seca bien cerca de la lumbre o al sol.

El pan preparado así contiene trazas de hidrocarbonados y por el contrario muestra una riqueza proteica y de sustancias grasas bien alta.

11.—Si no hemos llenado nuestro cometido a satisfacción de la Asociación Médica de Puerto Rico con los datos que aportamos y dicha corporación científica desea que los ampliemos más aún en cualquier sentido que dicho alto cuerpo dictamine, el Laboratorio Químico oiría gustoso cualquier indicación en determinado sentido, en la seguridad de que cooperará a poner en claro, dictaminando a su debido tiempo, sobre esta o cualquier otra materia que someta a su consideración y estudio,

R. del Valle Sárraca.

PRIMER ENDOSO

Oficina del Comisionado de Sanidad, San Juan,
Noviembre 12, 1917,

Copia fiel que se remite a la Asociación Médica de Puerto Rico, para su debido conocimiento.

A. Ruiz Soler,
Comisionado de Sanidad,

ASAMBLEA ANUAL

DISCURSO DEL PRESIDENTE

Dr. Gabriel Villaronga
Ponce, P. R.

Honorables colegas:

El día 12 del mes de diciembre, hizo justamente un año que celebró su última asamblea anual nuestra asociación, en los salones del "Club Deportivo de Ponce".

Recordaréis como un accidente de automóvil, afortunadamente sin ulteriores consecuencias graves, nos privó del placer y del honor

de ver en este sitio al por tantos títulos eximio Dr. del Valle Atiles, habiendo tenido que leer el Dr. Gutiérrez Igaravídez, el trabajo que aquel había preparado para inaugurar las sesiones, notable y decente trabajo de cuyos méritos guardaréis de fijo, así como el que habla, las más gratas remembranzas.

También recordaréis, que los distinguidos colegas que integraban nuestra Cámara de Delegados, concibieron la poco feliz idea de nombrar Presidente de la asociación para el año que expira hoy, al que tiene el honor de dirigiros la palabra en este momento, elección que fué llevada a cabo, apesar de la leal y sincera protesta de poca idoneidad hecha por el *candidato;* y apesar de haber manifestado este con oportunidad las dificultades casi insuperables que impedían una buena actuación, habitando y ejerciendo su profesión a tan larga distancia de San Juan, que es incontestablemente hoy el centro y el "primun-movens" de la vida intelectual y científica de nuestra asociación.

Decidiéronme, empero, a aceptar tan honroso como inmerecido puesto, dos consideraciones:

Primera: el pensar que aquella designación no podía significar en modo alguno una distinción personalísima; sinc más bien una prueba de afecto y simpatía al cuerpo médico de Ponce, que se encarnó en su representante más cargado de años, ya que no de méritos;

Segunda: el saber que podía contar en todo evento con la cooperación incondicional de mis distinguidos colegas, el activo y entusiasta Secretario Dr. Laugier, y mi eminente amigo Dr. Jorge del Toro, dignísimo Vice-Presidente de la asociación. No fueron defraudadas mis esperanzas, y cúmpleme dar a ambos las más sinceras gracias por ello, muy especialmente al Dr. del Toro, por las varias ocasiones en que me sustituyó bondadoso, prestigiando con su palabra este puesto, más ventajosamente y con mayor brillo que lo que habría podido hacerlo el dicente.

Antes de entrar en el fondo de este mi humilde trabajo, creo un deber sagrado de compañerismo, tributar en mi nombre, y en el de la asociación, un recuerdo de cariño y admiración a dos meritísimos colegas, cuya eterna ausencia lamentaremos por largo tiempo. Uno de ellos, al par que notable médico, insigne naturalista, escritor y publicista, y Ex-presidente de nuestra asociación, a la que profesó siempre entrañable afecto. El otro, a más de médico general y oculista concienzudo, humanista esclarecido, poeta de altos vuelos, orador, y hombre público integérrimo, que honró a la profesión, dentro y fuera de nuestra Isla. Ninguno de ellos fué zángano de colmena; al revés, fueron ambos siempre abejas diligentes y laboriosas,

que nos dejaron la miel y la cera que fluyeron de sus cerebros privilegiados. (1)

Otra ausencia, aunque por suerte no eterna esta, hemos de notar en la presente asamblea; la de aquel americano-borincano, trabajador incansable; hiper-productivo, si se me permite la frase; co-fundador de una de nuestras más hermosas instituciones médicas, cuyos resonantes trabajos serán siempre rememorados en la historia científica de Puerto Rico, y cuya silueta, tanto física como intelectual, llegó a ser una de las características de nuestros *meetings*. También habréis adivinado que me refiero al Dr. Ashford, a quien propongo envíe la asociación un mensaje de afecto por su reciente ascenso, y como recuerdo merecidísimo.

Y ahora, antes de empezar a exponer lo que a mi humilde juicio podría y debería ser una verdadera asociación médica, y sobre todo en Puerto Rico, impetro la mayor suma que podáis concederme de benevolencia; pues acaso habré de verter ideas que estén en conflicto con las de algunos, o las de muchos de vosotros; y si fueran tomadas en consideración, acaso acarrearían algunas modificaciones en nuestro Reglamento.

En efecto, este, como es natural, y como todos sus similares, expone en sus primeros artículos los fines de nuestra asociación, y dice en el *segundo:*

"Esta asociación tiene como fines, unir en una organización sólida la profesión médica de Puerto Rico, y unirse con asociaciones similares de otros territorios, para formar la asociación médica americana, propagar los conocimientos médicos, hacer progresar la ciencia médica, elevar el grado de la cultura médica y asegurar la aprobación y cumplimiento de leyes médicas justificadas; promover la amistad entre los médicos, cuidar, defender y fomentar el INTERES MATERIAL de sus miembros, y protegerlos contra el abuso.

En el Reglamento de las Asociaciones de Distrito, el Artículo o Sección 2ª del Capítulo 2º dice que la asociación "ejercerá su influencia de modo constante, para el mejoramiento de las condiciones morales, científicas y *sociales* de sus miembros".

Pues bien, resulta por lo menos curioso que, mientras se especifican con verdadero lujo de detalles los medios adecuados al mayor brillo y al éxito de las reuniones científicas, asambleas, sesiones del Consejo, juntas de la Cámara de Delegados y mientras a la Legislación y Policía se señala en capítulos y secciones sabiamente redacta-

(1) Habréis adivinado que me refiero a los inolvidables compañeros Dr. Stahl y Dr. del Valle Rodríguez.

dos, la pauta, los trámites y los procedimientos que seguir en casos dados, para la mayor eficiencia de sus actuaciones; el *interés material* y el mejoramiento de la condición social de los asociados se mencionen como de paso, sin indicar ni excogitar algún medio o expediente que responda a dichos fines.

Queridos compañeros: para que podamos darnos sin embozo, sin reservas mentales, con verdadero altruismo, este cariñoso título, precisa que recordemos a toda hora cuan voluble y tornadiza es la Fortuna, a quien ya los antiguos pintaron ciega y girando en inestable ruedecilla; que sus reveses, amenudo inmerecidos, azotan como el huracán, como el rayo, en un instante, en el momento menos pensado; que una prolongada enfermedad; una invalidez prematura, por fortuitos accidentes; o la propia de la edad avanzada, pueden tronchar de raiz las posiciones al parecer mejor cimentadas: que hoy más que nunca, el amor al estudio y la facilidad relativa del acceso a las profesiones liberales, producen una verdadera *congestión* en ellas, que trae como secuela, una mayor y más intensa concurrencia, en la que sucumben no solamente los más débiles, sino a veces los mejor dotados y a primera vista inconmovibles.. ¡Cuantas situaciones en apariencia desahogadas, y hasta envidiables, ocultan dolores y sufrimientos desconocidos, verdaderas miserias íntimas, que solo se ven patentes al contemplar las lágrimas de una viuda desconsolada, o de unos huérfanos condenados a la indigencia!

Tarea fácil sería corroborar esto con ejemplos prácticos, recientes, casi de ayer, por lo que omito entrar en detalles que estoy seguro los tenéis tan presentes como el que os habla.

Ahora bien, queridos colegas ¿qué medio, qué combinación, qué expediente podría atenuar, disminuir, ya que no evitar por completo esas tristes eventualidades que someramente os he indicado? A mi entender, no existen más que dos: la buena voluntad, y el mutualismo. El mutualismo, que en todas partes, y en todas las esferas de la humana actividad, va extendiendo su influencia bienhechora. Aquí mismo, a nuestra vista, a nuestro derredor, los obreros, los artesanos, los profesores de las escuelas, los dependientes de comercio, ¡hasta los chauffeurs! nos enseñan como es que deben educarse y amaestrarse los gremios para hacer frente a un difícil "futuro". ¿Será que en nuestra clase médica, en esta nobilísima profesión que precisamente es la que representa el consuelo de los males humanos, y a cuya misión cuasi sacerdotal está confiado el alivio, cuando no la curación de aquellos, no pueda prender la santa semilla de la previsión y de la verdadera confraternidad? ¿Habremos de vivir siempre en el individualismo y en el aislamiento; en el aislamiento, que como

dice Reveillé-Parise, es el mayor obstáculo de la dignidad profesional, y de la misma prosperidad individual de los médicos?

Compañeros: es innegable que nuestra asociación, bajo el punto de vista científico puro, ostenta títulos más que suficientes para estar orgullosa de sus labores. Así lo proclaman y justifican las actas de sus sesiones, desde que allá por los años 1903 nació al calor del entusiasmo de los Quevedo Báez, Ruiz Arnau, Vélez López, Stahl, Carbonell y sus otros ilustres fundadores.

Así lo comprueban también nuestras asambleas, en las que, año tras año hanse presentado trabajos que podrían figurar con honor junto a los mejores de cualquier Cóngreso médico.

Pero es de desear a mi humilde juicio, que cuanto antes, hoy mejor que mañana, nuestra asociación tome otras orientaciones, y que, además de ser como lo es, un hermoso exponente de nuestra cultura científica, y de nuestro amor al Arte, evolucione y se transforme, adaptándose a las actuales circunstancias de instabilidad universal, y persiguiendo fines que armonicen con lo que ofrece su Articulado. El aditamento en este, de una Sección que francamente entre en la categoría de Sociedad benéfica, o de auxilio mutno, o de Previsión, que el nombre no hace a la cosa, sería posible que sacudiese la apatía. y la inercia y la indiferencia que hoy por hoy lamentamos en la *gran mayoría* de nuestra clase médica. Apena y contrista el ánimo, pensar que, de más de 260 médicos que ejercemos la profesión en Puerto Rico, únicamente unos 80 u 85, es decir, apenas la tercera parte, figuremos en nuestra asociación. Fenómeno verdaderamente *morboso*, cuya etiología y patogenia merecerían las lucubraciones de un experto patólogo.... Pero por si fuese el *pretexto* para tal desvío, casi rayano en el menosprecio, el no ver *utilidad práctica* en nuestra asociación, complementemos sus Estatutos, estableciendo mediante la más mínima cotización posible, la caja de previsión y de socorros; ofreciendo el alivio al infortunio, la dieta al profesional inválido o invalidado; la pensión a la viuda o al huérfano desdichados; en una palabra, el consuelo a la desgracia inmerecida. Estos gajes, o emolumentos, o subvenciones, como quieran llamarse, corresponderían *de derecho* al asociado que cumplió con los requisitos reglamentarios, o a sus descendientes necesitados; y no tendrían ese cierto viso de "limosna", inherente a las suscriciones llamadas "voluntarias", las cuales por otra parte, apesar de su aparente munificencia, resultan de efecto efímero y fugaz, aunque revelan una plausible generosidad del cuerpo médico, que respondió con festinación en los tristes casos que todos recordamos.

Un obstáculo aparentemente poderoso para la realización de las

ideas que vengo explanando, es el recuerdo del poco éxito del "Montepío médico", cuyo fracaso dió margen *en aquel entonces*, a los más contradictorios comentarios, llegando hasta a sacarse a colación lo de "Marta la piadosa, que mascaba la miel a los enfermos".... Pues bien, señores, yo entiendo, que, lejos de ser óbice aquel fracaso, para la implantación de la mutualidad en nuestra asociación, constituye una saludable enseñanza, que, debidamente aprovechada, redundaría en provecho y afianzamiento de las nuevas orientaciones que sugiero en este humilde alegato.

Yo no sé si seré infundadamente optimista: pero no alcanzo la razón porque no se pueda fundar y sostener aquí una institución que funciona "mutatis mutandis" en casi todos los paises civilizados, en algunos, como Francia e Inglaterra, desde hace centenares de años. En 1833, Orfila, el gran químico español, que fué Decano de la Facultad de Medicina de París, y Presidente de la Academia de Medicina de dicha ciudad, fundó y organizó la primera "Asociación benéfica de médicos del Sena", a la que han seguido después la Asociación General de Francia", la de los alienistas franceses, etc. etc., todas ellas en plena actividad aún, y derramando a manos llenas sus dádivas beneficentes.

Inglaterra se había anticipado a sus vecinos de ultra-Mancha; pues ya desde 1778 funcionaba en Londres la "Sociedad de socorros para viudas y huérfanos de médicos de dicha ciudad y sus contornos", habiendo hoy más de una docena que ejercen su acción bienhechora sobre toda Inglaterra. Apropósito de esto: existe en Londres una Sociedad que se dedica exclusivamente a gestionar la solvencia de las cuentas médicas de difícil cobro, consagrando sus beneficios al socorro de los societarios enfermos o necesitados. (Es de presumir aquí no tendría dicha Sociedad ópimas entradas, por aquello de que todo el mundo paga sin tardanzas ni regateos las notas de honorarios).

Estimados compañeros: termino ya este modesto trabajo, defectuoso en la forma, como mío al fin; pero inspirado en el mejor deseo para nuestra asociación. *Habent sua fata libelli.* Vosotros juzgaréis si las ideas que sugiero en el son viables o no, y actuaréis en consecuencia.

Decidid que debemos preferir para nuestro futuro: si aquello de que "cada palo aguante su vela", que reza el dicho vulgar, o este otro, algo más altruista y fraternal: "Ayudémonos los unos a los otros"....por lo que pueda suceder.

ORIENTACIONES SANITARIAS

Impresiones recogidas en la estación experimental de Framingham, Mass.

Dr. P. Gutierrez Igaravidez

En la duodécima reunión anual de la Asociación Nacional para el Estudio y Prevención de la Tuberculosis que tuvo lugar en Washington el pasadc año, su presidente, el Dr. Edward R. Balwin anunció en el discurso de apertura que una de las grandes compañías de Seguros de Norte América había puesto a disposición de dicha Sociedad la suma de $100,000 para que se invirtieran en una demostración experimental de profiliaxis de la tuberculosis.

Desde aquella fecha se empezaron a dar los primeros pasos para llevar a cabo la experiencia deseada por la Metropolitan Life Insurance Company de New York, que fué la Compañía donante, organizándose un comité que tomó a su cargo el derarrollo de la idea. Los miembros de esté comité representaban no solo a la Asociación Nacional de la Tuberculosis sino a la compañía de seguros que hizo el donativo, al Servicio de Sanidad de los Estados Unidos, al Departamento de Sanidad del Estado de Massachusetts y a otras Asociaciones anti-tuberculosas de los Estados de New York, Pensylvania y Connecticut.

Lo que en su principio fué propósito tendente a demostrar las posibilidades de éxito de una campaña bien dirigida contra la *plaga blanca* en una localidad determinada, pronto se generalizó a una completa actuación de todos los elementos de la moderna higiene para asegurar a esa localidad un estado de salubridad perfecto.

Con ese radio de acción más amplio, los hombres de ese Comité buscaron durante algnnos meses en varias partes de los Estados Unidos y principalmente en los de Massachusetts y New York una población que reuniera condiciones para este ensayo original, Después de un detenido estudio de diferentes comunidades, en número de más de diez, el Comité eligió el pueblo de Framingham, en el estado de Massachusetts, como el que mejores condiciones reunía para la proyectada demcstración, y en marzo de este año dieron principio sus trabajos.

En efecto; Framingham es una villa de 16,000 almas; tiene variadas industrias y diferentes razas; cuenta con una buena organización sanitaria local, respaldada por un excelente Departamento de Sanidad, que es el del Estado de Massachusetts; ofrece un promedio normal de morbilidad general y muy particularmente en tuberculosis; su mortalidad total fué de 18 por mil el año de 1916, y las autorida-

des sanitarias esperan la cooperación eficaz de todos los elementos sociales y de todas las corporaciones científicas, religiosas, industriales y benéficas para lograr el éxito de esta empresa.

Aunque como antes hemos dicho, el objeto preferente de esta investigación es demostrar hasta que punto la acción conjunta y armónica de todos los elementos sociales de una determinada localidad se traduce en una eficaz prevención de la tuberculosis, inevitablemente esta experimentación invade el campo de la Ciencia Sanitaria porque cuanto se haga en materia de etiología y de profilaxis de la plaga blanca, tiene su fundamento en los cánones de la Higiene Pública y al tratar de resolver los problemas que afectan a esta dolencia se resuelven de paso muchos otros problemas íntimamente ligados con la salud de los conglomerados sociales.

Por eso el Comité encargado de esta investigación la llama "La Demostración Sanitaria y de Tuberculosis en Framingham", y coloca frente a la estación u oficina, que ocupa el primer piso del edificío Wilsonian, un letrero que dice «Community Health Station» Estación Sanitaria de la Comunidad». Es de notar que en el mismo edificio y en el mismo piso essán las oficinas de la Junta de Sanidad que asume, en la persona de su Presidente, todcs los deberes que la ley le impone pero que no tiene con la estación experimental otros nexos que los amistosos de confraternidad científica y social.

El programa de los higienistas de Framingham se resume en estas proposiciones interrogativas.

¿Es posible descubrir y colocar bajo una adecuada inspección, asistencia y tratamiento médico a todos los casos de tuberculosis incipientes y avanzados que tiene una comunidad industrial de tipo normal?

¿Es posible determinar con alguna exactitud los factores sociales y económicos responsables o causantes de enfermedad, incluyendo no solo la tuberculosis sino todas las causas de morbilidad?

¿Cuál es el medio más eficaz y utilizable, dentro de los disponibles, para el descubrimiento y tratamiento de la tuberculosis?

¿Qué promedio de enfermedades teóricamente prevenibles, son prácticamente evitables utilizando medios ya conocidos pero no usados o que se usaron sin la debida coordinación entre si?

¿Cuál sería el mejor medio de aunar los diversos elementos sociales con el objeto único de evitar enfermedades prevenibles y en su consecuencia abatir la mortalidad por las mismas?

Para abordar las respuestas a este cuestionario el Comité de Framingham ha solicitado en primer término la simpatía y la cooperación de todos sus habitantes, convencido de que solamente sobre

bases democráticas de inteligencia mutua, de educación personal y de persuación y tolerancia, se puede lograr la armónica conjunción de todas las fuerzas vivas de una localidad. Los hombres de este Comité entienden que esta campaña educativa, esencialmente democrática, es de absoluta necesidad para el éxito de la obra y ellos han procedido de la manera siguiente:

1. Ilustrando al pueblo de Framingham acerca de los motivos, métodos, procedimientos y finalidad práctica de esta Demostración Sanitaria, por medio de literatura popular, artículos diarios en los periódicos, reuniones, conferencias, etc.

2. Constituyendo Comités de ciudadanos que, asesorados por un Comité especial, asumen el encargo de investigar por distritos y por zonas las necesidades del hogar, el cuidado de los niños, las deficiencias higiénicas en las industrias, las condiciones de las viviendas, etc. etc. Comités, por medio de los cuales se establece una relación directa entre la oficina de demostración y el pueblo.

3. Estimulando a la comunidad a tomar a su cargo ciertas obligaciones de gobierno local, como el establecimiento con carácter permanente de escuelas para niños pre-tuberculosos, el servicio de dispensarios policlínicos, la asignación de médicos y de enfermeras para la población escolar y un servicio médico especial para la población industrial así como la designación y sostenimiento de una secretaría para el servicio de socorros bajo los auspicios de la Liga Cívica Local.

4. Organizando un Club Médico que sirva los intereses de la clase y los de esta demostración, por el intercambio de opiniones y la discusión y adopción de ciertas normas para diagnóstico y tratamiento, sancionados por las autoridades en la materia. En este orden de consideraciones está la adopción del modelo o norma para el diagnóstico y tratamiente de la tuberculosis, preparado por un Comité de la Asociación Nacional para el Estudio y Prevención de la Tuberculosis. Este modelo que estoy traduciendo lo suministraré en breve a los compañeros de la isla.

Después de este paso preliminar y de propaganda, la Estación sanitaria estudia los dos grandes aspectos del problema higénico; el medio y el individuo, y procede separadamente a analizar los distintos factores que en la Circunfusa asedian al hombre y para los cuales las ciencias aplicadas de que se vale la Higiene aportan sus mejores armas. Estos estudios están bajo la dirección de Mr. Schnider Jr., higienista de Russell Sage Foundation, y en su trabajo cooperan las autoridades del Departamento de Sanidad de Massachusetts, las del Departamento de Trabajo e Industrias del mismo Estado, la Comisión para la Ventilación, perteneciente al Estado de New York, el

Servicio de Sanidad Federal, corporaciones todas que suministran personal e instrumental para el mejor cumplimiento de este programa.

El segundo aspecto de la cuestión, el que se refiere al individuo y que está asignado a la gestión médica, es el que a nuestro juicio imprime un nuevo carácter a esta experiencia sanitaria, no porque aporte elementos nuevos al ensayo, sino porque se vale de recursos que antes de ahora o eran apreciados en su fase teórica sin haber intentado su practicabilidad, o eran tenidos por extraños a la obra de la higiene pública.

Inclúyense además en este grupo factores sociales y económicos que completan el cuadro y que señalan el derrotero de una reforma higiénica honda y severa, hacia la que hay que ir con decisión y valentía si no queremos que por perezosos y pusilánimes las razas venideras sean engendros abérrantes que la naturaleza extinga avergonzada de su presencia en el planeta.

Atendiendo, pues, a este lado del problema sanitario la Estación de Framingham ha hecho lo siguiente:

1. Un estudio de la vida del niño en las diferentes edades, muy particularmente del grupo infantil que va por primera vez a la escuela. Este trabajo se ha hecho visitando todas las casas de la localidad donde se registró un nacimiento el año anterior y tomando todos los datos pre y post natales de cada caso. Consecuencia inmediata de este movimiento ha sido la instalación de clínicas infantiles debidamente atendidas y a base de permanencia.

2. La aplicación de la tuberculina, para fines de diagnóstico, a todos los niños de la localidad comprendidos entre las edades de uno a siete años.

3. Un examen físico de todos los escolares, como parte del programa sanitario ya aceptado por la comunidad, de proveerse de los servicios permanentes de médicos y enfermeras para el reconocimiento de la población escolar.

4. Una investigación documentada de las condiciones sociales y económicas de la localidad.

5. Una inspección general de la población tanto urbana como rural verificada por enfermeras, tendente a recoger información acerca del estado de salud o de enfermedad de cada uno de los visitados. Por este procedimiento se hizo un censo que comprendió durante el primer recorrido a 2.000 familias.

6. Un examen médico practicado a más de un millar de familias, previa la visita de la enfermera para recoger los datos necesarios al registro correspondiente y obtener la conformidad para el examen facultativo.

Esta investigación total que duró una semana requirió los servicios de 72 médicos, 25 enfermeras y 18 técnicos de laboratorio. Recogiéronse 2.400 historia clínicas, se examinaron 2,000 personas y se practicaron 1400 análisis de orina.

El resultado fué el siguiente:

1.° El descubrimiento de 71 casos de tuberculosis que no tenían la menor sospecha de su enfermedad, y que al ser diagnosticados a tiempo dejaron de ser un peligro para su familia y empezaron su curación oportunamente.

2. 1,377 personas examinadas o sea el 82 por ciento, se hallaron necesitadas de consejo médico o de tratamiento, por graves o leves dolencias, muchas de las cuales a tiempo descubiertas y prontamente tratadas, no llegarían a constituir un serio peligro y a ocasionar la muerte prematura.

3. De 739 niños examinados en las escuelas se hallaron 119 con la dentadura en pésimas condiciones y 115 padeciendo de amígdalas infartadas e infestadas, todo lo que constituye una amenaza constante para el desarrollo físico y mental del alumno.

4. De todas las enfermedades descubiertas el 84 por ciento corresponde al número de las que pueden prevenirse por medios conocidos aunque no puestos en práctica ordinariamente.

Hasta aquí la obra de los higienistas de Framingham es obra de diagnóstico, es la revelación y la denunciación consiguiente de aquellas causas que se oponen a la salud y a la vida del pueblo. Ha de seguirse a esto el tratamiento, ya en algunos casos establecido, pero pendiente en los más de firme y segura orientación.

Las experiencias están en progreso. Todos los elementos de lucha se congregan allí para esta prueba sin precedente, como sin precedente por lo gigantesca y bárbara es la horrible contienda sostenida en los campos de Europa.

¡Contraste singular! Mientras la humanidad pone a contribución sus mejores talentos para acrecentar los medios de destrucción de sus semejantes en el viejo continente, en este pequeño pueblo de la América del Norte los genios de las ciencias sociológicas brindan generosos sus inspiraciones para asegurar a los hombres la vida saludable y provechosa a que tienen derecho y que necesitan para cumplir la alta finalidad que les ha sido señalada en la tierra.

Pero mientras la demostración sanitaria de Framingham se desenvuelve y pone en acción todos aquellos medios que se crean eficaces a sus propósitos, y en tanto que transcurra el tiempo de esta experiencia, fijado por ahora en tres años para prolongarse tal vez, nosotros debemos aprovechar las enseñanzas de este su primer año de prueba.

Cualquiera que sea la última solución que allí se dé a todos y a cada uno de los diversos y numerosos problemas que afectan a la Circunfusa es un hecho que al individuo en sí, sano o enfermo, se le asigna una mayor responsabilidad que la que hasta ahora ha tenido en la higiene de muchos pueblos, y a la sociedad y a los gobiernos se les imponen deberes y obligaciones cada día mayores en aras de la ley suprema de la salud.

Debemos por consiguiente recoger esas lecciones para orientar nuestra reforma sanitaria sobre bases de éxito y de permanencia.

La actuación del higienista en el puesto oficial que le asignan los Gobiernos es la del educador en la cátedra y la del ministro en el templo: enseñar.

Tócanos, pues, enseñar, propagar, difundir. demostrar, con un elevado espíritu democrático y la mayor sencillez de palabra, hablada o escrita pero verdera siempre, que la sanidad no es el fantasma de la desolación y de la ruina sino el mensajero de la salud y de la felicidad, Necesitamos desarrollar esa propaganda que anima los espíritus, eleva los corazones y llama a todos los hombres a la armónica cooperación de sus voluntades para triunfar de la enfermedad y de la muerte.

Para marchar por esa senda. precisa ir bien preparado como debe estarlo todo el que asume la responsabilidad de cualquier enseñanza.

Elíjanse los maestros, amplíense los conocimientos de los que no lo son, dóteseles a todos los que intervengan en la educación sanitaria de nuestro pueblo de las facilidades que hacen un éxito la enseñanza objetiva y no se pierda ocasión. ni se omita momento de poner en contacto espiritual las masa*a* ineducadas en los principios de la higiene, con aquellos que tienen la fortuna de conocer las leyes que rigen la vida.

Hay un factor pequeño, de significación escasa, sin más relieve en la organización sanitaria de muchos paises que el que le da la tinta con que se escribe su nombre en la nómina mensual. Ese elemento es el inspector de sanidad, el celador de higiene, el individuo en suma que vigila el cumplimiento de las leyes que protegen la salud.

Pues bien; ese factor sin importancia aparente, es a nuestro juicio, el eje sobre que gira toda reforma sanitaria que se intente si quiere dársele base de estabilidad.

Así como entendemos que toda Institución de Salud Pública reclama una propaganda educativa extensa en su radio de acción e intensa en el vigor y en la constancia de la prueba, así también creemos que el factor fundamental en esta obra de higienización es y será

en todo tiempo el agente o celador sanitario, el representante del organismo director, el que llega hasta el pueblo y en cumplimiento de su ministerio penetra en las capas sociales más necesitadas de instrucción y más carentes de bienestar.

Ese factor no ha de ser el simple investigador de pretensas deficiencias sanitarias que automáticamente y para acreditar servicios llena de notas una cartera; ni tampoco el ordenanza uniformado, terror de niños y espanto de padres, que el tranquilo hogar perturba con el atavío extraño de su vestir y su calzar; ni menos el farfullero petulante de gárrula palabrería con la que encubre el fárrago de su ignorancia. No; ese elemento importantísimo de toda organización sanitaria no puede ser en modo alguno ningún impreparado.

Los pueblos en esta materia, son niños que asisten a la escuela de primeras letras. De la idoneidad del maestro y de sus aptitudes depende en gran parte el adelanto del niño y su ulterior desenvolvimiento. De la idoneidad y competencia de los encargados de ilustrar al pueblo en los principios fundamentales de la higiene privada y en los elementales de profilaxis general, dependerá que ese pueblo siga toda su vida infringiendo los códigos sanitarios o sea un cooperador consciente en la preservación de la pública salud.

El inspector de sanidad tiene que ser un funcionario escogido entre los que tengan una instrucción superior y una educación moral sin tacha; ha de conocer someramente las materias que son objeto de la higiene; ha de haber probado su competencia en el conocimiento y divulgación de la profilaxis de las enfermedades transmisibles; ha de haber hojeado la Psicología, y estudiado y sentido la Etica para poder entender el papel que le está encomendado y la responsabilidad que apareja el cargo que desempeña.

Si tal importante papel creemos que le está asignado al inspector de higiene, huelga que mencionemos siquiera lo que debe ser y es, hoy por hoy, en los paises más adelantados, un médico de sanidad.

Cumple a nuestro propósito en la transcripción de estas impresiones, y al llegar a este punto, el señalar solamente la ampliación de conocimientos exigida a los profesionales que sirven los intereses de la Sanidad, ampliación que se logra ya en cursos especiales ofrecidos por algunas universidades, o ya en conferencias organizadas por las asociaciones médicas. En Framingham, por ejemplo, el Club Médico organizado como parte del programa de la experimentación higiénica, ofrece un curso de instrucción al que concurren diferentes especialistas. De más está hacer notar las ventajas que obtienen los médicos con estos cursos o series de conferencias sobre variados temas higiene y medicina.

Con una instrucción renovada que permita el médico higienista marchar a compás de los adelantos de la ciencia y un personal subalterno que encuadre en el marco de eficiencia que antes hemos esbozado, la parte técnica substantiva de la organización sanitaria queda asegurada para acometer competentemente los arduos problemas de la higiene pública.

Síguese a esta preparación interna necesaria para la obra de propaganda educativa, la atención médica inmediata, precedida de la formación del censo sanitario de todas aquellas personas que sufran de una enfermedad transmisible.

Este aspecto de la cuestión limitado al diagnóstico de las dolencias prevenibles y a su tratamiento adecuado, es ya un recurso eficacísimo de la medicina preventiva.

Más, para llegar a obtener el resultado que la concepción teórica de este procedimiento admite, requiérese una organización que despierte y gane la confianza del pueblo.

La primera actuación en este sentido es la fundación y sostenimiento de dispensarios policlínicos bajo un riguroso plan de competencia técnica, que asegure la eficacia del servicio.

Condición esencial para la vida y progreso de estos Centros es su situación, la distribución y arreglo interior y las comodidades que ellos ofrezcan a los diferentes consultorios y a los consultantes. Tales dispensarios tienen que hacerse atractivos y ofrecer cuantos medios de diagnóstico utiliza la ciencia en las especialidades que se establezcan, amén de la medicación aconsejada en cada caso.

Esto en cuanto a la función exclusivamente médica se refiere. Ahora, en cuanto a la acción social que este movimiento demanda, los dispensarios deben ser la verdadera escuela práctica y el campo más apropósito para el estudio y aplicación de la filantropía. Es más, esta acción social es el necesario e indispensable complemento de la obra que realiza el médico y que ahora queremos solamente mencionar para consagrarle en otra oportunidad el espacio que merece.

Pero si el dispensario es una necesidad a la que debemos acudir con grande urgencia, estableciéndolos cuanto antes, no resuelven ellos de por sí más que una parte del problema en la atención del individuo, y urge también buscar soluciones que aseguren, al enorme volumen de seres desamparados de todo auxilio médico, la asistencia facultativa que necesitan y demandan.

No hay que pensar ya que en Puerto Rico, con una mortalidad global de 28.5 por 1,000 y una parcial elevadísima por enfermedades a focos humanos, que son perfectamente prevenibles, la campaña sanitaria confinada a la Circunfusa pueda hacer por sí sola nada positivo para abatir esa mortalidad.

Los tiempos son de prueba, y prueba dolorosa es ver que se sume a esa estadística de mortalidad, la incapacidad física de nuestra juventud denunciada bien elocuentemente en el primer reclutamiento militar.

Si de algo han de servirnos las enseñanzas, aprovechemos las que nos brindan los paises que hubieron de resolver situaciones análogas a nuestra, y si queremos, y querremos porque debemos y podemos, acudir en socorro de nuestro pueblo enfermo y aconsejar al predispuesto y salvar al niño, hay que renunciar a los mezquinos recursos y a las gastadas esperanzas de un mejoramiento social, que por sí solo no llega nunca, y plantear resueltamente a nuestra Legislatura el Aseguro contra enfermedad que ha hecho de Alemania un pueblo fuerte y que ha sido un éxito en Austria, en Hungría, en Francia, en Gran Bretaña y en otros paises europeos.

Nosotros nos hallábamos en Londres cuando entraba en vigor la ley de Aseguro Nacional de Inglaterra y seguimos por mucho tiempo los incidentes a que dió lugar la implantación de la misma. Apesar de las contrariedades que siempre halla toda medida obligatoria, y mucho más en un pueblo tan orgulloso de sus libertades como el pueblo inglés, la ley ha sido un éxito, y ahora después de tres años de experiencia, los médicos ingleses declaran que solamente y gracias a esa ley han podido tratar con verdadera eficacia, la anemia en las clases trabajadoras.

Esta ley ha estimulado poderosamente la cruzada contra la tuberculosis. El primer efecto del estatuto fué aumentar la capacidad de los hospitales existentes y promover la construcción de otros. En los dos primeros años de vigencia de la ley, se construyeron edificios para acomodar 3,000 camas, se abrieron 150 dispensarios para tuberculosis, se nombraron 150 oficiales para esta campaña y se prepararon dormitorios con aireación constante para dar acogida a más de 1,000 personas.

Durante los primeros 18 meses de aplicación de la referida ley, 19,400 tuberculosos asegurados fueron tratados en su casa; 8,000 lo fueron por medio de los dispensarios; 19,000, en diferentes instituciones; haciendo un total de 48,000 tuberculosos asegurados que recibieron tratamiento.

No hay tiempo todavía de que se refleje en las estadísticas el resultado de esta medida, pero a cualquier higienista no se le escapa que con las cifras anotadas de los que reciben atención y auxilio en una enfermedad como la tuberculosis que tan alta mortalidad alcanza, habrá necesaria e indefectiblemente que reducirse la mortalidad glopal por los solos efectos de esa ley.

En Alemania, donde estas leyes están vigentes hace 25 o 30 años, se ejerce no solo una acción curativa sino también preventiva y de propaganda. Debido a esta sabia legislación la mortalidad por tuberculosis que era en Alemania en 1880 de 34.4 por 10,000, bajó en 1909 a 16 6 en la misma proporción, y el año 1913 solo acusa 13.65 por 10,000.

Estas cifras son lo suficientemente elocuentes para ahorrarnos todo comentario.

Los profesores Kayserling y Frankel, que figuran a la cabeza de las autoridades alemanas en materia de tuberculosis, francamente atribuyen el progreso en la cruzada contra la tuberculosis más a las leyes de aseguro industrial que a ninguna otra medida.

No queremos en la ocasión presente ir de lleno al estudio del aseguro contra enfermedad, tema este que será objeto de una disertación próxima. Deseamos tan solo dejar consignado lo que ya verbalmente, y con ocasión de discutirse en la Asociación Médica de Puerto Rico el proyecto de beneficencia pública de que fué autor mi querido amigo el Dr. Gutierrez Ortiz, tuve el honor de expresar a mis compañeros.

Mucho antes de aquella fecha, desde entonces hasta hoy y desde ahora hasta los venideros tiempos, nada se obtuvo, nada se ha conseguido ni nada se logrará mientras laboremos dentro de los viejos moldes de una caduca organización irónicamente llamada benéfica.

Esa organización caduca, el servicio médico municipal en Puerto Rico, es uno de los resabios que quedan todavía del régimen pasado y que desgraciadamente no tiene trazas de desaparecer en tanto no se vaya con energía y decisión a la causa que lo engendra.

El servicio de beneficencia municipal en Puerto Rico es un anacronismo y los médicos, por su desventura, son los protagonistas de una farsa en la que se está jugando la vida del pueblo.

Para tal estado decrépito de cosas, para que el enfermo sea el legítimo dueño de su voluntad, para que pueda ser un cooperador consciente y eficaz en la curación del mal que le aqueja, para que salga del estado de cosa en que vive, se impone el Aseguro.

Con este vendrá como consecuencia inmediata la disminución en la morbilidad de las causas comunes y de las enfermedades transmisibles, subirá el nivel de la instrucción profiláctica y nuestras estadísticas demográficas no señalarán como hoy el elevado promedio de mortalidad sin que ninguna causa anormal epidémica o de otro orden lo justifique.

Con el Aseguro vendrá el triunfo de la organización sanitaria por el expedito camino de la razón y de la conciencia puestas voluntariamente a su servicio.

De lo anteriormente expuesto llegamos, resumiendo, a las siguientes conclusiones:

1. El éxito de cualquier reforma sanitaria que se intente dependerá de la propaganda que del objeto y fin de la misma se haga.

2. Es indispensable sostener esta propaganda constantemente por medio de cartillas, folletos ilustrados, artículos y anuncios sugestivos en la prensa, carteles en las escuelas, en los comercios, en las fábricas, en las oficinas y en los talleres, conferencias, asambleas, etc. Para llevar a buen término este propósito debe organizarse un negociado de propaganda e información sanitaria.

3. Siendo el celador de higiene elemento de vital importancia para una organización sanitaria debe llegarse por la selección, la enseñanza y la práctica a dotar al Departamento de Sanidad de un personal de esta categoría idóneo y competente.

4. Debe establecerse el mayor número de dispensarios policlínicos y prestarse atención preferente a la clínica infantil. El servicio de enfermeras visitadoras adscrito a esos dispensarios es de absoluta necesidad. Las asociaciones cívicas y filantrópicas, que indudablemente se organizarán cuando tales dispensarios funcionen, serán su mejor complemento.

5. Inspección médica escolar completa que alcance a todas las escuelas de Puerto Rico, repetida dos veces en el año, y documentada debidamente.

6. Examen físico bianual para todos los empleados de fábricas, talleres y oficinas insulares y municipales, con la debida documentación clínica de cada individuo.

7. Ley de aseguro contra las enfermedades, obligatorio para todo trabajador, obrero o empleado cuyo jornal o sueldo no alcance en un año a la cantidad que se estime conveniente fijar. Esta ley, según la extensión que se le dé, disminuirá las atenciones del Servicio de Sanidad en lo que al cuidado de las enfermedades comunes y al de muchas de las transmisibles se refiere, relevándole también de los exámenes físicos que deben asignarse al estatuto de aseguro.

Réstanos dar las gracias al Club Médico de Framingham, a los doctores Amstrong y Bartlett, así como al personal de la Estación Sanitaria por la atención que nos dispensaron durante nuestra estadía allí.



ELOGIO DEL Dr. RAFAEL DEL VALLE RODRIGUEZ (*)

Dr. R. Ruiz Arnau

Cerebro henchido de elevados pensamientos, corazón rebosante de generosidad y amor, mano dispuesta lo mismo a hacerse sentir que a acariciar el suave rostro de un niño, el Doctor Rafael del Valle Rodríguez fué mentalmente un faro y moralmente un carácter.

Por el lago tranquilo de la ciencia, como a través del rumoroso río del arte o sobre el embravecido mar de la política, su gallardo bajel de ideas, de inspiración o de rectas intenciones navegó siempre con rumbo hacia la verdad, la belleza o el bien.

Médico, poeta, político, Rafael del Valle representaba con entera fidelidad a su generación, pródiga en hombres de mérito y altruistas hasta anteponer el ideal colectivo al propio bienestar.

Quede para otra pluma y para otro instante considerar su noble figura bajo los dos últimos aspectos.

***

Gran trabajo costó que nuestro elogiado se decidiese a enviar solicitud acompañada de originales publicaciones al comité iniciador de la Academia de Medicina.

—Viejo y decepcionado, ¿para qué he de servirles allí?—nos argüía. Olvidaba que, además de su nombre preclaro, podría prestarnos su fino espíritu, su luenga experiencia, su amable concurso, con todo el bagaje de variados conocimientos que atesoraba.

Viejo, sí; pero viejo en quien nunca se debilitó el fuego sacro, y en cuyo entusiasmo por todo lo alto y lo hondo de la vida,—por eso que hace a la vida digna de vivirse—jamás el tiempo, implacable demoledor, logró abrir brecha. Fuego sagrado siempre encendido en aras de su arte y en honor a Minerva y Esculapio. ¿Pebetero bruñido y no hoguera flamígera? Cuestión suya no fué: que no se concibe llameante conbustión allí donde, aún siendo inagotable el combustible y viva la tea, es raro el oxígeno... Fuego de hogar y no de pira, después de todo más alentador y más saludable para coetáneos y sucesores en el lar nativo.

Su desengaño, más que profesional, era del mundo. Donde quiera que ejerció, en su tierra como fuera de ella, supo desenvolverse constantemente muy por encima del mediano nivel; y al demostrarlo, las ingratitudes. las penalidades o los reveses de nuestra pro-

)*) Leído en la Academia de Medicina de Puerto Rico.

sesión,—todo eso que la hace a ratos amarga como la quina y a ratos acre como el cloral,—causábanle, de fijo, mucho menos daño que la estulta indiferencia de las gentes ante cualquier verdad trascendental o avance científico útil. Su mentalidad de sabio y su temperamento de artista solían rebelarse airados contra el error malicioso o la antiestética pequeñez, olvidando a menudo que en este mísero "globito", como apodaba él a nuestro esferoide, el vulgo y las cosas son como son y no como debieran ser. Pero en otras ocasiones, al comentar un hecho insensato, un dicho huero o una minúscula fealdad, abría en cambio la válvula de su agudo ingenio, un mucho voltairiano, y llamaba a risa a los del corrillo, que se solazaban oyéndole el satírico chiste o la graciosa anécdota profesional.

Con razón dijo de él "El Caribe":

"Valle, laud pindárico y sonoro,
Amargo en el reir, dulce en el lloro,
Busto de hierro, corazón de cera,
Musa que trina cuando ruge fiera
Y engarza joyas en marfil y oro."

Nunca aprendió a tener nada suyo y jamás concedió valor alguno al metal sol. Y era este desprendimiento lo que le llevaba en una época a convertir su casa en clínica de cataratosos indigentes y a hacer, en todo tiempo, de su gabinete de consultas tan buen dispensario de favores como de fórmulas.

Cierto día topóle en la calle un colega, en plática con una antigua cliente venida a menos.

—Llegas, chico, muy oportuno—díjole Valle. Necesito que me des acá doce reales.

—En el acto,—respondió el amigo.

—Son para juntarlos con estos otros doce, únicos que aquí tengo, y librar del desahucio a esta pobre mujer...

Así era el hombre.

* * *

Cuanto al médico, una feliz ponderación de aptitudes y un perfecto sentido de la misión facultativa. Dijérase que encarnaba el clásico tipo de pantiatra polivalente; porque al ponerse de manifiesto durante muchos años de ejercicio su múltiple personalidad profesional, el médico, el tocólogo, el cirujano o el forense brilló en todas partes al fulgor de su notable pericia y no común habilidad.

Empero semejante enciclopedismo no cuadraba del todo al espíritu escrutador y un tanto aventurero de Rafael del Valle. Por eso, en los albores de la era pastoriana, enamorado de los preciosos des-

cubrimientos que habían de echar base inconmovible a la medicina actual, y obedeciendo tal vez a la sugestiva frase de Castelar "las ideas nuevas, como el sol naciente, doran primero las cimas de las montañas", sintióse cumbre, y allá marchó, a París, a estudiar bacteriología al lado de Pasteur.

Ganoso de explorar por sí mismo campos ignotos de esta nueva ciencia, soñaba con el establecimiento a su regreso de un amplio laboratorio oficial. De ese modo vería satisfechas sus legítimas ambiciones y prestaría seguramente un gran servicio a su pais. Por desgracia, insuperables dificultades opusiéronse a la cristalización de tan laudable propósito en aquellos tiempos, en los que un proyecto de tal naturaleza no podía encontrar aún en nuestra isla el calor y el ambiente que más tarde halló, al influjo de un intenso movimiento de renovación en todos los órdenes.

Impelido de nuevo a la clínica, cedió a su inclinación a alguna especialidad. Escogió la oftalmología, que había practicado a fondo con Wecker y Galezowski en la Ciudad luz. Obtuvo sobre ella verdadero dominio, especialmente en la operación de la catarata, de la cual decía, con su habitual gracejo, que le era tan fácil como extraer del interior de la piel un ejemplar de *pulex penetrans*.

En multitud de ocasiones demostró ser erudito conferencista y amenísimo *coseur;* y en numerosos artículos de vulgarización científica revelóse como escritor elegante y conceptuoso, siendo siempre escuchado y leído con deleite por médicos y profanos.

* * *

Era su ancianidad profundamente venerable y simpática, y su carácter conservó el toledano temple hasta el final.

Al morir deja en pos de sí la admiración de sus compatriotas, recuerdo inextinguible en compañeros y amigos y el culto idolátrico de sus dignos vástagos.

Noviembre de 1917.

ELOGIO DEL Dr. AGUSTIN STAHL (*)

Dr Cayetano Coll y Toste

Señores académicos:

Quién de ustedes no conoció y trató al sabio doctor Stahl? Nació este prominente puertorriqueño para ser catedrático de una Universidad y desgraciadamente nuestro Instituto de 2ª Enseñanza en

(*) Pronunciado en la Academia Insular de Medicina la noche del 29 de Noviembre de 1917.

1874 le cerró sus puerfas *ab irato* porque era liberal y lo despojó de su cátedra de Historia Natural, ganada por oposición.

El Dr. Stahl era una inteligencia superior y no conforme con el estudio de la Botánica tropical y el ejercicio de su profesión, se dedicaba con una paciencia benedictina a disecar pájaros, coleccionar objetos arqueológicos y crear un museo. Mantenía correspondencia con sabios alemanes y centros científicos y les facilitaba objetos indios y plantas y aves raras de nuestra zona. En vano trató que su rica colección tuviera carácter oficial. ¡Inútil empeño! Rendido en esta brega, por hostilidad del medio ambiente, tuvo que cederla a una sociedad científica de Nueva York. De más está decir, que en cuanto a museos, continuamos en el mismo estado que en la época de la dominación española.

Viéndose el Dr. Stahl batido en el terreno de la práctica, se conformó con acudir al libro, a la obra didáctica, y publicó en 1882 un *Catálogo del Gabinete Zoológico* establecido por él en Bayamón, precedida dicha obra de una *clasificación sistemática de los animales que corresponden a esta fauna.* Basta librar una rápida ojeada a este libro para considerar todo lo que el Dr. Stahl valía como profesor. No es un catálogo de objetos aglomerados en aparadores: es la relación científica de un *Museo de Historia Natural* que se componía de 2.300 especies clasificadas.

En la *Advertencia* de esta obra anota el autor: "No puede ocultarse a nadie que medite un poco acerca del valor y las circunstancias inherentes a tamaña empresa, las aspiraciones de un orden más elevado que tras ellas se reservan, y que ha sido el ideal en que su autor ha tenido y tendrá fija su vista: quizás una quimera, una halagueña esperanza, una vana ilusión, pero posible de realizar, por más difícil que parezca la ejecución. Los hombres, lo mismo que los pueblos, deben extender sus miradas al porvenir hacia el cual caminan conducidos por la luz de la civilización o impelidos por la fuerza de las circunstancias".

En vano clamó el Dr. Stahl para que su pequeño museo obra de la paciente labor de un solo hombre, tuviera la protección de las corporaciones oficiales, de los centros científicos y de los amantes del progreso, a fin de que se convirtiese en un *Museo Provincial.* Tiempo perdido! Triunfó al fin el régimen colonial, frío, indiferente y cruel para con el sabio amigo.

No obstante, *justum et tenacem,* el Dr. Stahl no se desanimó en su obra educadora, y emprendió de lleno el estudio antropológico y arqueológico del hombre primitivo en esta isla. El fruto de esta ardua labor la dió a conocer al público en 1889 en su bello e interesan-

tísimo libro titulado *Los indios borinqueños*. Obra de tanta médula como la anterior, obra de sabio investigador.

Entonces fué, en 1889, que conocimos al ilustre puertorriqueño, del cual nos ocupamos en estos momentos. Estábamos sentados en la botica de Dn. Manuel Pérez Freites, en Arecibo, dialogando con aquel inolvidable y buen amigo, cuando entró en el establecimiento un señor de barba rubia y ojos azules, porte elegante y aspecto dulce, seguido de un gayán que llevaba en sus brazos una porción de libros.

—¿Es esta la farmacia del licenciado Pérez Freites?—preguntó.

—Servidor de usted, contestó nuestro amigo.

—Pues aquí tiene usted mi obra *Los indios borinqueños*, que conocerá usted por lo que han dicho los periódicos de ella. Este es el ejemplar destinado a usted.

Pérez Freites tomó el libro que le presentaba el Dr., lo convidó a sentarse y le interrogó:

—¿Qué tengo que dar a usted?

—Dos pesos. Y ¿podría usted decirme donde vive el Dr. Coll y Toste, que estoy recomendado a él por Dn. Manuel Fernández Juncos, director de la *Revista Puertorriqueña?*

—Acaba de entrar al gabinete inmediato a formular una receta.

Salí al poco rato y estreché por primera vez la mano del sabio etnólogo, que ya conocía de nombre por sus artículos sobre los indo-antillanos y sus investigaciones en la enfermedad de la caña de azúcar. El Dr. Stahl tenía que ir personalmente en penosa peregrinación por toda la isla para que la edición de su brillante obra no fuera un fracaso. Triste verdad, pero hay que decirla: en Puerto Rico el libro tiene que ir a buscar al lector!

Y no es que el país y las autoridades no conocieran la valía del eximio profesor. La prueba de ello es, que cuando se notó en 1878, en el departamento de Mayaguez la enfermedad de la caña de azúcar, una de las personas electas por el Gobierno para estudiarla y combatirla fué el Dr. Stahl.

La labor infatigable del sabio naturalista sobre este particular está condensada en dos *Memorias* que dió a la publicidad. Una en 1880 en un volumen en 4º menor de 140 páginas; y la otra en 1895 en un volumen en 8º de 18 páginas. En ellas se esclarece la cuestión de los caculos y de los gusanos blancos como causantes de dicha enfermedad.

Apesar de que el Dr. Stahl no abandonaba el ejercicio de su carrera médica, tenía no obstante, especial delectación por los estudios botánicos. Así que publicó sobre la *Flora Puertorriqueña* tres folletos. Estudio árido, de sabio, y que la vulgaridad no supo compren-

der, por lo que no pudo continuar editando sus panfletos por falta de recursos económicos.

Sobre uno de estos folletos vamos a dar a ustedes una anécdota muy interesante, aunque muy dolorosa.

Visitaba nuestra casa por primera vez una señorita americana muy ilustrada. Traía para nosotros cartas de recomendación del general Davis y del Dr. Ashford. Venía de Washington. Se llamaba Miss Gould. Traía el encargo de escribir la *Bibliografía de Puerto Rico* para el Ateneo de Boston. La recibimos cortésmente, le abrimos nuestros anaqueles y le presentamos un manuscrito.

—Aquí tiene usted lo que desea, la dijimos.

—Y ¿por qué no publica usted esto?

—Porque editar una obra en nuestro país es obra de romanos; y otra mayor buscar quienes la lean.

—¿Me permite usted copiar este manuscrito?

—Con mucho gusto, señorita. Puede usted venir a mi casa todos los dias y copiar lo que guste.

Todas las mañanas pasaba Miss Gould una hora en mi Biblioteca dedicada a esta labor. Tomaba notas y trabajaba reglamentariamente. Solía pedirme explicación sobre algunos puntos obscuros de mi manuscrito. Un dia nos dijo:

—¿Podría yo conseguir estos estudios del Dr. Stahl sobre la *Flora Puertorriqueña?*

—Creo que si. Le daremos una tarjeta de recomendación para el sabio amigo que vive en un pueblo inmediato.

A los pocos dias se nos presentó Miss Gould estupefacta y nos dijo:

—Visité al doctor Stahl en Bayamón. Me recibió afectuosamente y me manifestó que no conservaba ninguno de esos folletos que yo deseaba. Le dije: Y ¿por qué no hace usted una segunda edición? Me miró muy sorprendido, abrió los ojos y se echó a reir. Le dije: ¿Por qué se ríe usted? Y me preguntó: ¿Lleva usted mucha prisa? No, le repliqué. Pues entonces oiga:

—Cuando publiqué el panfleto que creía yo más interesante de mis tres folletos, juzgué conveniente para ayudarme al pago de la imprenta y a las subsiguientes publicaciones, colocar algunos de ellos entre mis amigos. Se trataba de una pequeña cantidad. A los pocos días ví por casualidad en la cocina de mi casa una libra de granos y otra de azúcar envueltas en hojas de mi folleto *Las Talamifloras*. Primero me indigné, después me eché a reir. Por último el cajón que guardaba estos folletos, que nadie solicitaba porque no iba yo personalmente a meterlos por las narices se llenó de cucarachas y

ordené entonces, a estilo de Omar con la biblioteca de Alejandria, aunque en más pequeña escala, que se quemara el *maldito cajón* en mitad del patio de mi casa.

Y el doctor, después de haberme hecho esta confidencia, se echó de nuevo a reir.

Semejantes contrariedades no amilanaban el ánimo varonil del sabio amigo. El amor a la ciencia era en él un acicate muy punzante que no le dejaba descansar, y sus nervios no se regulaban sino teniendo entre manos alguna obra de empeño, o algún tablero de ajedrez en cuyo juego era muy entendido.

Así le vemos publicar en 1888 un estudio sobre la enfermedad de Federico III, emperador de Alemania, donde nos muestra el lastre cientifico que poseía en el divino arte de curar; y otro, en 1895, interesantísimo, sobre *Demografía*: una estadística de mortalidad y nacimientos en Bayamón y pueblos limítrofes. En este trabajo revela el autor su alta capacidad médica como higienista.

En los últimos años de su vida dedicó el Dr. Stahl algunos ratos de ocio a los trabajos históricos regionales y dió a luz dos folletos: uno sobre la Fundación de Bayamón y otro sobre los Orígenes de Aguadilla.

Por fin, achacoso por los años, y pensionado por el Gobierno Insular, se retiró a la lumbre íntima de su casa, envuelto en su clámide de sabio, a esperar tranquilo y satisfecho de haber cumplido con su deber, la inevitable visita de la buena amiga la Pálida Segadora.

El hombre que estas energías demostró era procedente de una semilla germánica echada a fructificar en los campos aguadillanos. Es muy curiosa la partida de bautismo del Dr. Stahl y por eso la vamos a publicar íntegra.

Hela aquí:

«Yo, el presbítero don fray Juan de Gorostiza, de la orden de San Agustín, vicaría de Aguadilla:—Certifico: Que en el libro 12 de Bautismos de este archivo parroquial, folio 38, número 200, se encuentra una partida del tenor siguiente:—En esta parroquia de San Carlos de la Aguadilla, a tres de marzo de mil ochocientos cuarenta y cinco: Yo, el presbítero don Baltazar Ballesté, Cura Ecónomo de ella, bautizé solemnemente *sub conditione*, ungiéndole con los Santos Oleos de catecúmenos y Crisma, según las rúbricas del Ritual Romano a un niño de edad de tres años, que pertenecía a la Secta Luterana y se le puso por nombre *Agustín*, hijo legítimo de Enrrique Estad y de María Estan, difunta; fueron sus padrinos Volkers, a quien advertí el parentesco espiritual y sus obligaciones; de que doy fé: Vel-

kers, vale.—*Baltazar Ballesté*—Hay una rúbrica.—Es copia fiel y exacta del original a que me remito: y a petición del doctor Cayetano Coll y Toste, historiador de Puerto Rico, expido la presente, firmada y sellada, en Aguadilla, a veintiuno de noviembre de mil novecientos diecisiete.—*Fr. Juan de Gorostiza.*—Hay una rúbrica y un sello parroquial.»

Interesante es esta partida de bautismo, que no marca la fecha del natalicio de nuestro amigo, que tuvo lugar el 21 de Enero de 1842. En cambio nos da otros datos. El padre Ballesté escribió *Estad* por *Stahl* y *Estan* por *Stamm*: padre alemán y madre holandesa. A los tres años de edad, que fué cuando se bautizó pasando del *Luteranismo* al *Catolicismo*, ya había perdido los cuidados de la buena mujer que le había dado el ser y que le había protegido en su infancia. El niño creció sin las caricias maternales, pero el padre cuidó de él esmeradamente, dentro de los cortos recursos de su modesta posición, y a los once años le llevó a Alemania para que continuase los estudios de la segunda enseñanza.

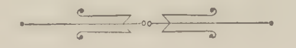
En la escuela de Aguadilla obtuvo los conocimientos de las primeras letras. Entre la multitud de niños de aquella escuelita tuvo por compañeros de banco a nuestros inolvidables patricios de la Isabela, Dn. Manuel y Dn. Martín Corchado.

Ya en suelo alemán, estudió el aprovechado niño con grandes adelantos en los colegios de Wiisburgo y Praga, en esos poderosos centros de enseñanza, donde el Rector de la Universidad al comenzar los cursos estrecha la mano de todos sus alumnos, sean nativos o extranjeros, para demostrarles que para la Ciencia no hay fronteras, y que por encima de las nacionalidades los hombres pueden tratarse y fraternizar para bien de la humanidad.

En 1864, de edad de 22 años se graduó el joven Stahl en Praga y retornó a su patria, ejerciendo la carrera de Médico-Cirujano en San Juan, Manatí, Yabucoa y Bayamón, donde fijó definitivamente su residencia hasta su fallecimiento, acaecido el 12 de julio de 1917.

Hemos tenido la honra, por encargo de esta ilustre Academia, de hacer el elogio de nuestro querido compañero, merecedor de este póstumo tributo de admiración. Hombre íntegro, honor y prez de nuestra Institución! Somos de parecer que su retrato decore el salón de actos de nuestra Casa. Y debemos esperar, que la patria agradecida grabe su nombre en mármol y bronce para presentar a las generaciones que nos sucedan el modelo de un puertorriqueño ilustre, virtuoso, trabajador y sabio.

He dicho.



ASAMBLEA ANUAL DE 1917

Reunión de la Cámara de Delegados

En el salón de conferencias de la Biblioteca Carnegie a las 2:30 P. M. con motivo de la Asamblea del 1917, se reunió la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico, constituída con los delegados siguientes:

Dr. Jorge del Toro. en sustitución del Presidente Dr. Villaronga, quien no pudo concurrir; Dr. Agustín R. Laugier, Secretario.

Delegados presentes por el Distrito Norte: Dr. Salvador Guiliani, Dr. Manuel Fernández Nater, Dr. Rafael López Sicardó, Dr. José S. Belaval, Dr. Luis G. de Quevedo, Dr. Francisco del Valle Atiles, Dr. Miguel Roses Artau.

Delegados ausentes y sustitutos: Dr. Pedro Ramos Casellas por el Dr. Walter A. Glines. Dr. Julio Barreiro por el Dr. Jacinto Avilés.

Delegados del Distrito Sur: Dr. Arturo Torregrosa.

Delegados ausentes y sus sustitutos: Dr. Manuel de la P. Iglesias por el Dr. Gómez Brioso, Dr. Leonaldo Igaravidez por el Dr. E. García Cabrera, Dr. M. Guzmán Rodríguez por el Dr. P. Gutierrez Igaravidez, Dr. Pedro Malaret, por el Dr. José H. Amadeo, Dr. Pedro P. Fajardo por el Dr. A. Ramirez Marini.

Están presentes los consejeros Dres. Pedro Gutiérrez Igaravidez, José Gómez Brioso y Walter A. Glines.

El Vice-presidente Dr. Toro llama al orden y da por constituída la Cámara de Delegados, pasando lista el Secretario y contestando los Sres. mencionados anteriormente.

1. El Secretario manifiesta el haber recibido varios telegramas y cartas del Presidente de la Asociación, D. Villaronga y Delegados del Distrito Sur, imposibilitándoles de asistir a la Asamblea.

2. Se procede a dar lectura al acta de la Asamblea anterior y se acuerda, que el Secretario exponga los acuerdos para tratar, quien manifiesta, se acordó enmendar la constitución de la Asociación para admitir miembros honorarios y corresponsales después de previa consulta a la Asociación Médica Americana, manifestando ésta, que pueden crearse tales miembros, siempre y cuando no residan en el pais o terrltorio en el cual halla una rama de la Asociación Médica Americana.

Los Drs. F. del Valle y Roses Artau, piden se acepte la enmienda a la constitución, quedando en vigor el acuerdo de la pasada Asamblea de hacer miembro honorario de la Asociación Médica de P. R. al Dr. Juan Guiteras, Director de Sanidad de la isla de Cuba,

y al Dr. Augusto Da Matta, de Manaos, Brasil, como miembro correspondsal.

El Secretario manifiesta no constar en acta, ningún otro acuerdo para ser tratado por la Cámara y se procede a los trabajos, según el orden del programa, acordándose a la vez, que se continúe la sesión en toda la tarde hasta terminarla para que así no sea interrumpida la sesión científica.

INFORME DEL SECRETARIO

Sr. Presidente y demás compañeros delegados de la Asociación:

Cumpliendo con un deber reglamentario, tengo el honor de presentar un informe abstracto de los trabajos realizados durante el presente año de 1917. Al tratar de este trabajo ante vuestra consideración, quisiera poderos anunciaros un auge poderoso de esta Organización Científica en el corriente año que finaliza en este mes, pero a pesar de la labor de la Directiva y otros entusiastas miembros, el hielo de la indiferencia por parte de los compañeros en estos tiempos de lucha, de actividad constante, desdice de una profesión tan respetable y considerada como la nuestra en todos los paises cultos del mundo.

La Directiva de la Asociación ha celebrado durante este año siete reuniones tratando en ellas asuntos de interés general beneficiosos para la misma. Se movió ante el gobierno en unión con el Comité de Legislación y Policía, para presentar proyectos de leyes, tales como organización de los hospitales municipales, creación de médicos forenses, etc. Cumplimentáronse los acuerdos de la anterior Asamblea, pasando esta Secretaría diferentes comunicaciones a las distintas comisiones nombradas para varios asuntos.

El Comisionado de Sanidad rinde un informe químico, de los productos antidiabéticos usados en el mercado, cuyo informe le fué pedido, cumpliendo un acuerdo de la pasada Asamblea. El Dr. Guiteras fué elegido miembro honorario de la Asociación y el Dr. de Matta, miembro corresponsal, esto por acuerdo anterior y con consentimiento de la Asociación Médica Americana.

Con motivo de la marcha del Dr. Baily K. Ashford, ex-presidente de esta Sociedad, la Directiva, en nombre de la Asociación, presentó un memorial de respeto y de despedida al ilustre médico.

La Asociación por medio de su Directiva, presenta al Gobierno de este país y de la Metrópoli, su adhesión y solidaridad absoluta en el actual conflicto mundial de la guerra Europea. La Asociación cuenta en la actualidad con 113 miembros.

He ahí la labor realizada; ha debido de ser más grande, pero las circunstancias no lo permitieron y veremos si el próximo año en el

despertar de esta gran lucha universal por la libertad y democracia del mundo, surge el entusiasmo en todos los compañeros de la isla y vienen a la Asociación con una sola voluntad, una sola aspiración, a dar honor a esta pequeña isla y a la gran nación americana.

Agustín R. Laugier,
Secretario.

San Juan, P. R., Dic. 18, 1917.

INFORME DEL TESORERO

Tengo el honor de presentar ante esta Cámara, el informe de Tesorería correspondiente al año actual, el cual es como sigue hasta el 30 de Noviembre del año 1917.

Ingresos	$ 872.00
Egresos:	
Por alquiler de casa	242.00
Por sueldo de escribiente	188.00
Por impresión de Boletín Médico	122.00
Por servicio postal	51.69
Por efectos de escritorios y otras impresiones de oficina.	74.05
Pagado al Delegado de la Asociación Médica Americana.	95.00
Misceláneas	181.15
Total	$ 953.89
Existencia en caja	$ 1206.55

Propiedades de la Asociación: 342 hojas para certificaciones Médicas; 2 mesas de oficinas; 1 escritorio; 1 armario ropero; 1 archivo para cartas; 1 reloj; 3 alfombras; 1 tarima; 2 fanales para luces eléctricas; 8 sillones; 6 butacas; 16 sillas; utensilios de escritorios y otros objetos de oficina.

Acompaño el certificado expedido por la Secretaría de Puerto Rico correspondiente al informe de Tesorería del año 1916, cuyo texto es el siguiente:

Sr:

Examinado en esta oficina el informe anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, correspondiente al año 1916, se ha encontrado en debida forma y con esta fecha es archivado en este departamento, según dispone la ley,

Respetuosamente,

Martin Travieso, Jr.
Secretario de Puerto Rico.

Recomiendo pase al Comité de Referencia el estudio de cómo dis-

minuir los gastos de la Asociación de manera que la cuota anual que es hoy de $10.00 pueda reducirse a una más baja.

Es todo lo que tengo que manifestar a este organismo de la Asociación Médica.

Respetuosamente,

Dr. J. Avilés,
Tesorero.

San Juan, P. R., Diciembre 20, 1917.

La recomendación del Tesorero fué puesta a discusión y en vista del corto número de socios con que cuenta la Sociedad por el presente, se acordó que siguiera por ahora con la cuota de diez dollars.

INFORME DEL COMITE DE LEGISLACION Y POLICIA

Este Comité integrado por los Dres. Gutierrez Ortiz, Monagas y Belaval en sustitución este último del Dr. Ashford. por estar ausente del pais, y por el Secretario de la Asociación como miembro exoficio, a llenado su cometido a satisfacción. Celebró varias reuniones en el año, tratando en ellas asuntos de sumo interés para la profesión médica en la Isla. Protestó ante la Cámara Legislativa del proyecto de ley que autorizaba al Dr. Rafael Virella Vergas, a ejercer la profesión médica en este pais sin estar autorizado debidamente por el Board de Médicos Examinadores; asi mismo presentó un alegato y protestó del Senado Insular, por su proyecto de ley sobre reglamentación y prohibición en la Isla de medicamentos con alcohol, en cuyo proyecto, se imponía una contribución especial al médico de $10.00 anuales y otros requisitos denigrantes para la clase médica. El Comité estudia el proyecto de ley sobre organización de los Hospitales Municipales, creando una Junta de Directores para el gobierno de los mismos; proyecto que fué presentado al Senado por el Dr. Sein. Otro proyecto que está en estudio y presentado en la Legislatura es de la creación de médicos forenses en la Isla.

Justo es consignar en este informe el buen deseo del Senador Dr. Sein, quien siempre ofreció sus servicios a la Asociación, estando presente en todas las reuniones de este Comité.

Dr. Agustin R. Laugier
Secretario Ex-Oficio.

San Juan, P. R., Diciembre 20, 1917.

INFORME DEL DELEGADO DE LA ASOCIACION A LA ASAMBLEA DE 1917 DE LA ASOCIACION MEDICA AMERICANA.

Señores compañeros: Gracias a la bondad de Vds. mis distinguidos colegas, he tenido yo el privilegio de ser el primer Delegado

Puertorriqueño que ha asistido a una reunión de la Cámara de Delegados de la Gran Asociación Médica Americana; y puedo asegurarles que ha sido éste un alto e inmerecido honor para mí, honor que he sabido justipreciar en todo lo que él vale y por ello me permito recomendar calurosamente al que me haya de sustituir én este honroso puesto, que no desperdicie tan propicia ocasión para ponerse en contacto con la pléyade de hombres ilustres en la profesión y que asisten religiosamente a cumplir su deber de legisladores de nuestra altruista y hermosa hermandad médica.

La Cámara de Delegados de la A. M. A. representa a los 81,501 médicos que constituyen la Asociación y es el cuerpo legislativo y directivo de la misma; en ella se debaten con interés, todos los trascendentales problemas que atañen directa o indirectamente a la profesión, y todos aquellos otros asuntos de interés general para el bienestar de la humanidad.

El trabajo de este cuerpo legislativo es ciertamente arduo y penoso, pero se lleva a cabo de una manera altruista, sincera e inteligentemente laborando cada uno de sus miembros con verdadero amor y entusiasmo por la causa de la Asociación.

Como es facil comprender, la labor de la Cámara es tan vasta que no bastarían las 4 sesiones que se llevan a efecto para tocar ligeramente sobre todos los problemas que allí se presentan, y por lo tanto está sub-dividida en una larga serie de comisiones qte continúan su trabajo durante todo el año y reportan su resultado y resoluciones a la aprobación de la Cámara en su sesión anual. Es ciertamente satisfactorio, observar como todas estas comisiones compuestas de hombres de elevado prestigio y de una vida llena de ocupaciones, encuentran siempre tiempo que dedicar a sus respectivas comisiones y todas presentan informes y trabajos cuidadosamente estudiados, y resueltos de tal modo que dificilmente halla la cámara modificación alguna que hacer en ellos. Es este un ejemplo que debemos todos imitar en nuestra asociación local, si es que nos interesamos por ella y que deseamos su progreso y adelanto; cierto que encontramos innumerables escollos en nuestro camino, pero ellos no deben hacernos desfallecer en nuestro empresa. sino por el contrario siguiendo el ejemplo de aquellos hombres, debemos reanudar nuestros esfuerzos y seguir siempre adelante hasta llegar a la meta de nuestros ideales.

Hacer un informe detallado de los innumerables trabajos llevados a cabo por este cuerpo legislativo sería cansar la ocupada atención de Vds. con un largo relato, pero sí deseo, aunque de un modo sintético, mencionar algunas de las resoluciones tomadas y algunos de los trabajos más importantes.

Se resolvió nombrar una comisión encargada de seleccionar los trabajos leídos en las sesiones científicas de las distintas secciones, porque son tan numerosas que las publicaciones de todos ellos en el Jornal de la Asociación aumentaría su volumen de tal modo que la Asociación no podría sufragar los gastos dadas las actuales circunstancias que han hecho subir extraordínariamente el precio de la publicación del periódico.

Se resolvió también pedir al gobierno la abolición de todas las patentes que cubren la fabricación del Salvarsan y Neosalvasan para que pueda esta droga manufacturarse libremente en los Estados Unidos.

La Cámara de Delegados se pronunció en el sentido de recomendar al gobierno la aprobación de un Bill Nacicnal Prohibicionista; este fué un asunto largamente discutido en ambos sentidos y aprobado por una gran mayoría.

Otro de los problemas que ocupó la atención de la Cámara fué el Seguro social, el informe de la comisión sobre este asunto es un trabajo que mereció el aplauso de la Asamblea, porque la comisión cuyo Presidente es el Dr. Sr. Lambert, había hecho un estudio concienzudo y lleno de datos interesantísimos en pro del Seguro social, pero apesar del informe favorable de la comisión, el asunto quedó sobre la mesa para considerarlo nuevamente en próximas sesiones porque hay una mayoría de la profesión que se oponen a que la Asociación Médica Americana recomiende oficialmente la implantación del Seguro social, por creerlo perjudicial a los intereses de la profesión.

El informe del Consejo sobre el mejoramiento de la educación médica en los Estados Unidos, demostró de una manera palpable la inmensa labor realizada por dicho consejo y los resultados obtenidos según hemos de ver por los siguientes datos estadísticos.

En 1904 cuando comenzó sus trabajos el Consejo, solo 4 colegios de medicina requerían la educación preliminar que hoy exijen 65 escuelas. Entonces solo contados colegios tenían algunos profesores, dedicados exclusivamente a la enseñanza, hoy los tienen 70 colegios.

Mientras en 1904 con motivo de la ligera educación preliminar que se exigía, el número de estudiantes de medicina alcanzaba la cifra de 28,142, de los cuales solo 1771 eran graduados de High School y dos años de colegio que equivale al Bachillerato, y 26,381 tenían High School o menos, en cambio en 1916 solo hay 14,022 alumnos de los cuales, 9839 tienen High School y 2 años de colegio; 3460 tienen High Shool y un año de colegio y 720 tienen High School o menos, de modo que si bien el número de alumnos ha disminuido en un 50% en cambio su calidad ha mejorado en uno 100%; y a causa de estas

exigencias del Consejo han dejado de existir desde el 1904 al 1916, 41 colegios de medicina que no pudieron continuar su labor dando al mundo médicos embrionarios.

Hoy día, ya 36 State Boards requieren High School y 1 año de colegio y 21 State Boards, High School y 2 años de colegio; mientras que en 1904 ningún State Board tenía esta exigencia.

Como hemos visto, el progreso conseguido ha sido principalmente en la educación preparatoria para el estudio de la medicina, y todo este hermoso resultado se debe a la incansable labor llevada a cabo por el Consejo, y si tenemos en cuenta que allí lo mismo que aquí la Asociación no es cuerpo oficial, y que lucha con los mismos inconvenientes con que tropezamos nosotros aquí para hacernos oir de los centros oficiales del gobierno, podremos mejor comprender, cuales habrán sido las luchas sostenidas por esta comisión para llegar a los brillantes resultados que dejamos anotados, resultados que animan a dicho cuerpo a continuar su labor y a reanudar sus esfuerzos para hacer obligatorio en todos los State Boards el requerimiento de un año de internado en hospital antes de concederles la licencia, probando con datos estadísticos que los hospitales de los E. U. pueden proveer fácilmente suficiente número de plazas de internos para todos los graduados de medicina que es la principal objección que presentan los opositores al proyecto.

Por último, con motivo de la guerra pensó el Consejo que sería necesario acortar los cursos de medicina para aumentar la producción de médicos para el ejército, pero teniendo en cuenta que esta medida podría desmoralizar las escuelas de medicina echando por tierra toda la labor realizada en pro del mejoramiento de la cultura médica, y entendiendo además que en las actuales circuntancias se necesita no sólo cantidad sino también calidad, optaron por recomendar a los colegios que no acorten ni varíen sus cursos regulares.

Es todo cuanto tengo que anotar, repitiendo a Vds. señores delegados mi más sincero agradecimiento por la confianza que depositásteis en mí al nombrarme delegado a aquella magna asamblea.

Dr. José S. Belaval

San Juan, P R., Diciembre 20, 1917.

ASUNTOS NUEVOS A TRATAR.

El Presidente manifiesta sean breves en las discusiones pues el tiempo es limitado y no se podrá dar cumplimiento a todo el programa de la Asamblea.

(a) El Dr. Gómez Brioso, secundado por los Dres. Francisco del Valle Atiles, Belaval y Roses Artau, presentan una moción para

revisar el Reglamento de la Asociación, acordándose por unanimidad que esto sea hecho por el Comité de Legislación y Policía con el Presidente y el Secretario de la Asociación, las cuales reformas deberán ser presentadas en sesión extraordinaria de la Cámara de Delegados para su estudio, consideración y aprobación.

(b) El Dr. Gómez Brioso se levanta para insistir en que la Asociación debe continuar su labor incesante y firme ante el Gobierno acerca de las reformas, varias veces discutidas sobre el servicio médico de la Beneficencia Municipal. Dice que él fué de los primeros en recomendar que los Hospitales Municipales fuesen gobernados por una Junta de Directores. El Dr. Valle hace fé de las manifestaciones del Dr. Gomez Brioso cuando él era Alcalde de San Juan, no pudiéndose llevar a la practica dicha idea por no estar autorizados para ello los ayuntamientos. Cree que la Legislatura puede autorizar a los municipios para la creación de estas Juntas.

El Dr. Roses Artau, secundado por el Dr. Belaval, pide se recomiende nuevamente este asunto al Comité de Legislación y Policía quien en sus actuaciones, será ayudado por el Dr. Gómez Brioso. Aprobado.

(c) Que debido a la premura del tiempo propone el Dr. Belaval se nombre un Comité de Referencia para que estudie cualquier asunto nuevo y de cuenta de ellos en la sesión extraordinaria de la Cámara de Delegados. Aprobado.

La Presidencia nombra para este objeto a los Drs. Fernández Nater, Glines y López Sicardó.

(d) Los Drs. Gómez Brioso y Roses Artau, piden se recomiende la creación de un cuerpo de médicos forenses, empezando en pequeña escala, para más luego ir aumentando hasta poder dividir la isla en distritos con sus correspondientes laboratorios.

El Dr. Gutiérrez Ortiz, miembro del Comité de Legislación y Policía, habla acerca del trabajo realizado por dicho comité ante el Gobierno, y manifiesta que la principal oposición encontrada para la creación de médicos forenses está en la opinión del Attorney General de P. R. Fué acuerdo que pase al Comité de Legislación y Policía este asunto, para que presente una ley sencilla a la Legislatura.

(e) El Dr. García Cabrera propone que se haga activa propaganda para atraer nuevos miembros; acordandose proceda a esto, el Consejo de la Asociación. El Dr. Belaval pide se economice en los gastos generales lo más posible, haciéndose algún arreglo para que el salón de la Asociación sea sustituido por otras organizaciones mediante pago.

(f) Procédese a la elección de funcionarios para el año 1918, quedando la Directiva constituida de esta manera:

Para Presidente, Dr. José S. Belaval.

Vice-Presidente, Dr. R. López Nussa.

Para Secretario, Dr. Agustín R. Laugier, (reelecto).

Para Tesorero, Dr. Jacinto Avilés, (reelecto).

Consejero, Dr. Jorge del Toro.

El Dr. Gómez Brioso y el Dr. Glines, fueron electos consejeros en la asamblea pasada.

Comité de Legislación y Policia: Drs. Víctor Gutiérrez Ortiz, M. Fernández Nater y J. Gómez Brioso.

Comité científico: Drs. Salvador Giuliani, Pedro Gutiérrez Igaravidez y Francisco del Valle Atiles.

Delegado a la Asamblea de la Asociación Médica Americana para el año 1918: Dr. Jacinto Avilés.

Acuérdase la ciudad de Ponce para celebrar la próxima Asamblea anual.

El Dr. Roses Artau, secundado por los Drs. Gómez Brioso y Saldaña proponen un voto de gracias para la Directiva saliente por el año 1917.

No habiendo otro asunto de que tratar, se suspende la reunión para empezar la Sesión Científica.

Y para constancia firmo la presente con el V. B. del Presidente a los treinta días del mes de diciembre del 1917, en la ciudad de San Juan, P. R.

Dr. Agustin R. Laugier
Secretario.

